UNIVERSITATEA TITU MAIORESCU
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE

PSIHOPATOLOGIE SI PSIHIATRIE

Curs pentru învăţământ la distanţă

Conf .univ.dr Mirela Manea

editura universităţii Titu Maiorescu

PSIHIATRIE ŞI PSIHOPATOLOGIE

Psihiatria este ştiinţa care se ocupă cu studiul simptomelor şi al tulburărilor psihice, stabileşte conditiile, succesiunea, interdependenţa şi dinamica tulburărilor mintale. Intensitatea manifestărilor în psihiatrie cuprinde câteva forme: nevrotica, psihotica, tulburări datorate nedezvoltării şi demenţe.

Procesele care stau la baza semiologiei sunt:

- procesele de cunoastere cuprind: senzaţii şi percepţii, atenţia, memoria, gandirea, limbajul, imaginaţia;
- Procese afective şi trebuintele stabilesc raportul subiectiv între individ şi realitatea obiectivă;
- Voinţa şi activitatea prin care se realizează acţiunile, în conformitate cu scopurile stabilite în mod conştient.

SEMIOLOGIA PROCESELOR DE CUNOAŞTERE

Semiologia este partea pihiatriei care se ocupă cu studiul semnelor şi simptomelor. Vom începe prin trecerea în revistă a fiecărei funcţii psihice.

SENZAŢIA ŞI PERCEPŢIA

Senzaţia

Senzaţia este un act psihic elementar, monomodal, care realizează imaginea singulară a unei însuşiri, a obiectelor şi fenomenelor lumii înconjurătoare. Se produce în urma acţiunii directe a obiectelor sau fenomenelor asupra analizatorilor (organe de simţ: ochi, urechi, tegumente etc).

Ele evidentiază proprietăţi elementare ale materiei: formă, marime, greutate, culoare, miros, gust. Ele reprezintă imagini subiective ale lumii obiective.

Particularităţile senzaţiilor: sunt instrument de reflectare nemijlocită a lumii materiale prin intermediul analizatorilor asupra cărora acţionează direct, iar o altă particularitate o constituie faptul că senzaţia reprezintă reflectarea pe plan ideal a proprietăţilor separate ale obiectelor şi fenomenelor concrete.

Percepţia

Percepţia este procesul de transferare a realităţii fizice în informaţii psihologice şi prin care stimulii devin constienţi.

Sunt procese senzoriale elementare care se disting prin sintetism, unitate, integritate. Ele redau realitatea obiectivă în imagini de ansamblu. Insuşirile obiectelor sau fenomenelor sunt reflectate în condiţii de simultaneitate sau succesiune - aspect multimodal. Percepţia presupune raporturi între calităţile obiectului (însuşirile generale şi esenţiale) şi condiţiile subiective ale individului (trebuinţe, interese, experienţa).

Psihopatologia senzorialităţii

Psihopatologia senzorialităţii se caracterizează prin două tipuri de tulburări: cantitative şi calitative.

a) Tulburările cantitative

Acestea constau în modificarea pragului senzorial. Poate apărea o scădere a pragului senzorial ce determină o suprasensibilitate la stimuli subliminali. Fenomenul poartă denumirea de hiperestezie senzorială. De exemplu, picatura apei de la robinet, scârţâitul uşii sunt percepute cu o sonoritate crescută, mult mai amplă decât în realitate. Apare în surmenaj, suprasolicitare fizică şi psihică, afecţiuni nevrotice.
Cenestopatiile (termen introdus de Dupre) reprezintă o formă de *hiperestezie* caracterizată printr-o tulburare conştientă a senzaţiei şi percepţiei intero şi proprioceptive. Sunt percepute senzaţii penibile, difuze cu sediul variabil care nu respectă un teritoriu nervos şi care nu sunt declanşate de nici o modificare organică. De exemplu, furnicături sau parestezii (amorţeli) în "mănuşă sau ciorap" care apar pe membrele superioare sau inferioare de la degete până la articulaţia pumnului, cotului sau umărului, respectiv glezna, genunchi. De asemenea, cefaleea care are caracter migrator de la regiunea occipitală către zona frontală sau parietală şi care este tot o cenestopatie. Apar în tulburari nevrotice.
Hipoestezia este opusul hiperesteziei. Aceasta se caracterizează prin ridicarea (creşterea) pragului senzorial astfel încat are loc o scădere a receptivităţii la diverşi stimuli. Pentru a putea fi percepuţi stimulii trebuie să aibă o intensitate mult mai mare decât normalul. Poate fi întâlnită în cazul leziunii de analizator aşa cum apare în hipoacuzie, iar în patologia psihiatrică se întâlneşte în stări reactive, stări conversive (disociative, isterie) schizofrenie. O mai putem întâlni în inducţia hipnotică.

b) Tulburările calitative

Iluziile
Acestea reprezintă percepţia deformată a unor obiecte sau fenomene existente în realitate. H. Ey considera că iluzia este, în general, o "eroare cognitivă sau perceptivă".
Pot apărea în condiţii de normalitate datorată distanţei luminozităţii sau stării afective speciale. În fizică vorbim despre iluzii optico-geometrice. Persoanele corectează uşor eroarea şi o corectează.
Iluziile patologice pot fi clasificate după fiecare analizator. Pacienţii nu sunt convinşi de caracterul patologic şi işi modifică comportamentul. Ele apar în tulburările de intensitate psihotică (schizofrenie), stări confuzive dar şi în sevrajul la alcool.
Iluziile întâlnite în afecţiunile psihice sunt: vizuale, auditive, gustative, olfactive, tactile, interoceptive. Cele mai frecvent întâlnite sunt cele iluziile vizuale.
Iluzilei vizuale
Vom enumera câteva dintre tipurile de *iluzii vizuale:*

- Metamorfopsii - impresia de deformare a obiectelor şi spaţiului perceput;
- Micropsii (liliputane) - obiectele percepute ca fiind mai mici;

- Macropsii (pantagruelice) - obiectele percepute ca fiind mai mari;
- Dismegalopsii - obiectele percepute percepute ca fiind alungite sau lărgite;
- Porropsia – obiectele sunt percepute mai apropiate sau mai îndepărtate;
- Callopsia - obiectele sunt percepute mai înfrumuseţate;
- Pareidolii - interpretarea imaginativă ce poate oferi percepţiei patologice un mare grad de bogăţie şi vivacitate (Ele sunt intens anxiogene);
- Falsele recunoaşteri - identificarea greşită a diverselor persoane. Trebuie diferenţiată de confuzia de persoană;
- Iluzia sosiilor - impresia că persoane sau fiinţe care seamănă foarte mult încât nu pot fi deosebite, persoanele cunoscute sunt multiplicate, cel mai adesea, în scop ostil. Pot aparea în schizofrenie, demenţe.

Iluziile auditive: perceperea modificată a unor zgomote.
Impresia că anumite sunete sunt mai apropiate, mai puternice, mai distincte, sau dimpotrivă: discrete, estompate, îndepartate. Sunete reale (bătăile ceasului, apa de la robinet) sunt percepute drept cuvinte injurioase.
Iluzii gustative şi olfactive: reprezintă percepere eronată a gustului sau mirosului normal al diferitelor substanţe sapide sau odorifice = parosmie. Apar mai frecvent în leziunile de lob temporal. Acestea se deosebesc greu de halucinaţii.
Iluzii viscerale sau interoceptive: perceperea eronată a funcţiilor unor organe sau aparate.
Modificarea de schemă corporală: perceperea denaturată a formei, mărimii, greutăţii şi poziţiei propriului corp
Transpoziţie a părţilor corpului, micşorării sau măririi lor. Acestea apar în schizofrenie.

Halucinaţiile
Percepţie fără obiect de perceput (H. Ey).
H. Ey observa că definiţia explică halucinaţia prin eroarea fundamentală de percepţie care o creează. Halucinaţiile se însotesc de un mare grad de convingere.

Halucinatiile propriu-zise (Psihosenzoriale).
Caracteristici principale (după V. Predescu):
- Proiecţie spaţiala situată în spaţiul campin sau extracampin;
- Convingerea pacientului asupra "realităţii" lor;
- Perceperea lor prin modalitatile senzoriale obişnuite (exteroceptive, interoceptive, proprioceptive) şi pe căile senzoriale normale;
- Grad variabil de intensitate (discret sau intens, anxiogene);
- Claritate diferită;
- Complexitate variabilă;
- Durata (intermitente sau continue);
- Rezonanţa afectivă (iniţial anxiogenă, apoi fără participare afectivă);
- Natura senzorială: exteroceptive (auditive, vizuale, olfactive, gustative, tactile); interoceptive (h viscerale); proprioceptive (h motorii - kinestezice).

Halucinatiile auditive
Ele pot fi elementare, comune sau complexe situate cel mai frecvent în spaţiul campin, îar în cel extracampin mai rar. Aceste halucinaţii sunt mai frecvente la adulti.

Rezonanţa afectivă poate fi favorabilă, sau cel mai frecvent defavorabilă, anxiogenă. Acestea pot avea caracter comentativ sau imperativ. Carcaterul immperativ impune considerarea acestor halucinaţii ca urgenţă psihiatrică deoarece pacienţii pot deveni auto sau heteroagresivi. Halucinaţiile pot fi concordante sau neconcordante cu starea afectivă. Halucinaţiile apar mai frecvent în schizofrenie, tulburările afective.

Halucinatii vizuale
Sunt percepţii ale unor obiecte, fiinţe, imagini inexistente în acel moment în realitate. Sunt mai frecvent întâlnite la copil. Ele pot fi mono sau policromatice, percepute cu unul sau ambii ochi, pot ocupa tot câmpul vizual sau scotom, imagini de mărimi variate: normale, guliverniene, liliputane. Proiecţiile spatiale pot fi: campine sau extracampine, cu o complexitate variabilă: elementare-fosfene - puncte, complexe - figuri, obiecte, fiinţe; scenice - statice (panoramice), cinematografice (mişcare).
Durata: pot fi permanente sau episodice, iar tonalitatea afectivă variabilă.

Halucinaţii autoscopice
Pacientul vede propria imagine în faţa ochilor având impresia că are de-a face cu o altă persoana (J. Postel).
Caracteristici: percepţia propriului corp, sau părti din el proiectate în afară.
Apariţia poate fi: unică (secunde) sau persistentă, continuă.
Poate fi identic sau modificat (urâţit, înfrumuseţat)

Halucinatii olfactive şi gustative
Acest tip de halucinaţii constau în senzaţia de gusturi sau mirosuri neplăcute/plăcute. În general, se discută împreună deoarece sunt greu de separat, substanţele sapide sunt şi odorifice. Aceste halucinaţii apar după alte tulburări de percepţie. Frecvent acestea apar în diferite afecţiuni organice.

Halucinaţii tactile
Constau în impresia de atingere a suprafeţei cutanate şi pot fi percepute continuu ca o reţea, sau discontinuu, punctiform. Pot apărea la suprafaţă (h epidermice) sau ţn profunzime (h hipodermice).

Halucinatii interoceptive (halucinatii viscerale)
Constau în senzaţia existenţei unor fiinţe în corp, schimbării poziţiei unor organe sau obstruării sau perforării lor.

Halucinaţii proprioceptive (motorii sau kinestezice)
Constau în impresia de mişcare, sau deplasare a propriului corp sau a unor segmente.

Pseudohalucinaţiile (halucinaţii psihice)
Sunt autoreprezentări aperceptive caracterizate prin: incoercibilitate (adevăr imposibil de combătut, căruia nu trebuie să i se demonstreze veridicitatea), automatism, exogenitate (V. Predescu).

Caracteristici: se vorbeşte despre “voci sau vedenii” stranii, speciale, nu se proiectează în afară, ci se petrec în minte, respectă aceleaşi modalităţi senzoriale dar sunt percepute de analizatori speciali (ochii minţii, urechile minţii), sunt ”făcute, provocate” din afară.
Clasificare: pseudohalucinaţii auditive, vizuale, gustative, olfactive, interoceptive, motorii sau kinestezice. Acestea apar în schizofrenie.
Alte tipuri de halucinatii:
Halucinatii funcţionale, care sunt generate de excitanţi obiectivi ce determină apariţia unor percepţii false: de exemplu, zgomotul de roţi poate fi perceput în doua moduri în acelaşi timp (aspect care îl deosebeşte de iluziile auditive), cuvinte injurioase şi ameninţări. Ele se manifestă atâta timp cât persistă excitantul real.

Halucinozele
Sunt fenomene halucinatorii, cel mai adesea auditive care sunt asociate consumului de alcool in mod cronic; sunt halucinaţii a căror semnificaţie patologică este recunoscută de pacient. Acesta adoptă faţă de ele o atitudine critică, caută să le verifice autenticitatea. Halucinozele pot fi întâlnite şi la persoanele cu defect de analizator.

Halucinoidele
Sunt fenomene halucinatorii situate între reprezentări vii ăi halucinaţii vagi. Acestea sunt forme prehalucinatorii. Este dificilă convingerea pacientului de veridicitatea lor. Ele pot să apară în perioada de dezvoltare sau ştergere a halucinaţiilor.

Halucinaţiile hipnagogice şi hipnapompice
Aceste tipuri de halucinaţii se pot intalni şi la omul normal. Ele se referă la percepţiile care pot apărea în starea dintre veghe şi somn, la adormire sau la trezire. Aceste halucinaţii au caracter tranzitoriu.

Agnoziile
Acestea reprezintă o altă categorie de tulburari perceptuale, pe care dorim doar să le amintim. Agnoziile se întâlnesc în cadrul afecţiunilor neurologice. Agnoziile reprezintă un defect de integrare gnozică (transformarea excitaţiei în senzaţie şi a acesteia în imagine perceptivă) datorită leziunii centrilor de integrare. În acest mod se pierde capacitatea de a recunoaşte obiectele după calităţile lor senzoriale.
Tipuri de agnozii: vizuală (cecitatea psihică, agnozia obiectelor animate, agnozia culorilor, agnozia simbolurilor grafice, cecitatea verbală, agnozia spaţială); auditivă; tactilă.

ATENŢIA

Atenţia este funcţia psihică care realizează orientarea şi concentrarea electivă a activităţii psihice asupra unui grup de elemente, fenomene.

Tipuri de atenţie:
Involuntară

Acest tip de atenţie ţine de stimuli ce apar brusc, de noutatea informaţională, organismul nu este pregătit.
Voluntară
Este tipul de atenţie care are la bază susţinerea de efort voliţional.
Habituală: de pregătire, de aşteptare.

Tulburările de atenţie (disprosexii):

Distractibilitatea
Constă în incapacitatea de concentrare a atenţiei, asociată cu atragerea atenţiei de către stimuli irelevanţi. Această tulburare apare în episoade expansive.
Hiperprosexii
Constă în exagerarea orientării selective a activităţii de cunoaştere (episoade expansive, intoxicaţii uşoare, hipocondrie);
Hipoprosexii
Constă în diminuarea orientării selective a activităţii de cunoaştere (surmenaj, anxietate, oligofrenie, demenţă);
Aprosexie
Se referă la dispariţia oricărei activităţi psihice.

MEMORIA

Memoria este procesul psihic al orientării retrospective realizat prin fixare (întipărire), conservare (păstrare) şi reactualizare (evocare). Ea oglindeşte experienţa anterioară, constituie rezervorul gândirii şi imaginaţiei este suportul forţei cognitive a persoanei şi este strans corelată cu procesele afective.

Procesele memoriei
Procesele memoriei sunt: memorarea, păstrarea, reactualizarea.
Memorarea - transformări menite să asigure fixarea informaţiei pe suporturi adecvate. Ea depinde de factori obiectivi (volum, natura materialului, gradul de organizare a materialului, gradul de omogenitate, semnificaţie) şi subiectivi (stare fiziologică, motivaţia, gradul de tensiune afectivă, vârsta).

Tipurile memoriei:
Imediată
Se referă la reproducerea sau recunoaşterea unui material până la 10 secunde de la prezentare.
Recentă
Se referă reproducerea sau recunoaşterea unui material, se produce la un interval de peste 10 secunde de la prezentare.
De lungă durată
Se referă la reproducerea evenimentelor indepărtate (evenimente trăite de la începutul vieţii până în prezent).

Tulburări ale memoriei (cantitative şi calitative):

a) Dismneziile cantitative

Hipomneziile: scăderea în grade diferite a forţei mnezice. Poate apare în: surmenaj, involuţie, oligofrenii, depresie.

Amnezii: reprezintă prăbuşirea forţei mnezice parţiale sau totale; retrograde sau anterograde;

- Amnezii anterograde (fixare) se caracterizează prin faptul că pacientul nu poate fixa evenimentele trăite de la îmbolnăvire (debut) spre prezent. Acestea apar în sindromul amnestic Korsakov, stări confuzive, stări reactive;
- Amnezia retrogradă (evocare): are drept caracteristică de bază uitarea progresivă a amintirilor dinaintea bolii spre trecut. Destructurarea nu este atât de accentuată. Vor fi uitate mai întâi amintirile mai complexe, apoi cele simple, cele mai recente apoi cele mai vechi.

Hipermneziile: reprezintă exagerarea evocărilor care devin tumultoase, indepartează individul de la orice preocupări apare la normal, intoxicaţii. Apare în episodul maniacal.

b) Tulburarile calitative

Paramneziile sunt amintiri deformate, false fie sub aspectul desfaşurării cronologice, fie sub aspectul lipsei legăturii cu realitatea obiectivă traită de pacient.

Acestea sunt clasificate astfel;

- Tulburările sintezei mnezice imediate: sunt adevarate iluzii de memorie, evocări eronate ale unor evenimente trăite în realitate, ce nu sunt încadrate în timpul şi spaţiul real, sau nu sunt recunoscute ca trăite sau netrăite;
- Criptomnezia - nerecunoaşterea ca fiind străin a unui material citit sau auzit în realitate şi pe care îl consideră propriu. Apare în schizofrenie, dementă, TCC;
- Instrăinarea amintirilor - scăderea capacităţii discriminatorie dintre evenimentele proprii şi străine, pe care le crede auzite, văzute.

Variante false recunoaşteri, iluzia de nerecunoastere, paramneziile de reduplicare.

Tulburarile rememorarii trecutului (Alomnezii): falsificări mnezice retrospective, sau reproduceri ale unor evenimente reale din trecut, pe care le situează în prezent.

Confabulatii (h. de memorie): reproducerea unor evenimente imaginare posibile, dar ireale care umplu golurile de memorie. Tipuri: mnestice, fantastice, onirice.

Ecmnezia: tulburare globală de memorie, cu intoarcerea întregii personalitîţi în trecut.

Anecforia: posibilitatea reproducerii unor amintiri pe care le crede uitate, poate fi posibilă dacă se sugerează unul sau mai multe elemente: apare în surmenaj, afecţiuni deteriorative.

GÂNDIREA

Reprezintă procesul central al vieţii psihice ce asigură distincţia dintre esenţial şi fenomenal în ordinea ideilor şi lucrurilor, dar şi edificarea relaţiilor dintre ele, interconditionarea lor.

Operatiile gândirii:

- *analiza* - separare mentală a părţilor componente ale obiectelor, fenomenelor;
- *sinteza* - reunirea mentală într-un ansamblu unitar a părţilor componente;
- *comparaţia* - distinge asemănările şi deosebirile dintre obiecte şi fenomene;
- *abstractizarea* - extragerea unei însusiri esenţiale a obiectului, făcând abstracţie de restul trăsăturilor;
- *concretizarea* - concepe obiectul în toată varietatea trăsăturilor sale;
- *generalizarea* - ridicarea de la reflectare a unui obiect la o categorie de obiecte, pe baza unor elemente comune şi esenţiale.

Elementul esenţial în toate operaţiile gândirii este cuvântul. El are capacitatea de a achiziţiona, păstra şi vehicule informaţiile.

- Notiunile se exprimă printr-o varietate de cuvinte;
- Judecăţile oglindesc raportul obiecte şi fenomene;
- Raţionamentele – sunt alcătuite din judecăti, au o structură şi funcţie logică.

Asociaţiile

Sunt legături temporare între noţiuni, între ideile în permanentă desfăşurare.

Tipurile de mecanisme în formarea asociaţiilor sunt:

- contiguitate - asociaţii pe plan ideativ între obiecte şi fenomene, care sunt reprezentate simultan sau succesiv, ele coexistă în spaţiu şi timp;
- asemanare - pe baza asemănării formei cuvintelor respective; în particular: rima şi asonanţa;
- contrast - asocierea de noţiuni care au caracter opus (bine-rău);
- cauzalitate - cele mai complexe şi cele mai frecvente, se face legătura cauzala între fenomen şi cauza sa.

Tulburările gândirii (predominant formale şi predominant de conţinut)

a) Tulburări predominant formale

Tulburările ritmului, fluxului ideativ dar şi a coerenţei prin perturbări ale asociaţiilor logice:

- *accelerarea simplă a ritmului ideativ*: succesiunea rapidă a ideilor, însoţită de exagerarea evocărilor, stil eliptic, scurt, circuitat; stări normale, surmenaj, intoxicatii;
- *fuga de idei*: asociaţii la întâmplare, după asonanţă, pierde coerenţa, digresiuni multiple, idei lipsite de legatură. Se însoţeşte de creşterea forţei imaginative, a forţei reprezentative, a mobilităţii prosexice. Este întâlnită în episoade expansive, agitaţie psihomotorie;
- *lentoare ideativă*: discurs lent, cu multe întreruperi, răspunsuri după repetarea întrebării. Asociază: scăderea forţei imginative, slăbirea forţei reprezentative; bradipsihie. Apare în episoade depresive, schizofrenie;
- *vâscozitatea psihică*: scăderea ritmului ideativ, aderenţa la temă, scăderea debitului (epilepsie);
- *fading mental*: lentoarea ideativă accentuată progresiv, ajunge la epuizarea ritmului şi oprire;
- *baraj ideativ*: oprirea bruscă a ritmului ideativ (Apare în schizofrenie);

- *incoerenţa:* asociaţie formală lipsită de conţinut, coerenţă. Incoerenţa apare la nivelul: discursului, frazelor, propoziţiilor, cuvintelor;
- *salata de cuvinte* - nu se păstrează forma gramaticală; amestec de cuvinte lipsite de înteles logic;
- *verbigeraţie* - repetarea stereotipă a aceloraşi cuvinte, lipsite de înţeles;
- *psitacismul* - adaugă tulburări de pronunţie.

b) Tuburări predominante de conţinut

Sunt manifestări anormale ale ideaţiei, în opoziţie cu realitatea.
Idei dominante - se detaşează la un anumit moment, de celelalte idei, tranzitorii.
Idei obsesive - contradictorii personalităţii insului, vin de la periferia psihismului, asediază gândirea, se impun conştiintei şi au caracter parazitar. Obsesiile pot fi idei, amintiri, îndoieli privind efectuarea unor acţiuni. O variantă o reprezintă îndoielile obsesive prin care persoana are dubii dacă a efectuat un anumit act (incuiatul uşii, închiderea gazelor) drept pentru care verifică în repetate rinduri - ritualuri de verificare.
Compulsii - tendinţa interioară imperativă care îl determină pe subiect să îndeplinească o anumită acţiune sau să se gândească la o anumită idee, în timp ce o reprobă, şi-o interzice pe plan conştient. Tentativa de a le rezista duce la apariţia anxietăţii de mare intensitate (În cadrul tulburării obsesiv compulsive, alături de obsesii, întâlnim şi compulsii).
Fobii: teamă iraţională şi continuă de un obiect, de o fiinţa sau de o situaţie determinată care în realitate nu prezintă nici un pericol.

Exemple de fobii:
- *Agorafobia* - frică de locuri deschise;
- *Claustrofobia* - frică de locuri închise;
- *Aihmofobia* - frică de obiecte ascuţite;
- *Nosofobia* - frică de boală;
- *Misofobia* - frică de mizerie;
- *Tanatofobia* - frică de moarte.

Idei prevalente: ocupă poziîie centrală în câmpul conştiinţei, în concordanţa cu sistemul ideativ al insului, se află în neconcordanţa cu realitatea, orientează cursul gândirii, celelalte idei vin în jurul ei şi o sprijină, poartă în ea potenţial delirant.
Pacienţii acceptă într-o oarecare măsura contraargumentarea raţională.
Idei delirante sunt convingeri care pleacă de la premize false, reflectă deformat realitatea, are caracter stabil, sunt inabordabile la verificări şi experienţe, impenetrabile la contra argumente şi care modifică comportamentul.
Caracteristicile delirului (I. Miclutia):
- Anastrofa, debut brusc ca o revelaţie sau pregătirea apariţiei printr-o fază predelirantă. Această perioadă este marcată de căutari, neîncredere, retragerea persoanei;
- Conţinut la limita posibilului, ca în delirul expansiv, din episodul maniacal;
- Tematica: monotematica versus politematica;
- Unitate sau articulare în sisteme delirante;

- Sistematizare: delir sistematizat, monotematic, argumentat aparent logic şi credibil chiar dacă conţinutul este neverosimil; delir nesistematizat în care temele delirante sunt disparate, greu de urmărit şi de inţeles prin natura discursului dezlânat;
- Răsunet afectiv: delir congruent în conformitate cu starea afectivă; delir incongruent: starea afectivă este contrară conţinutului delirant;
- Delirul indus - folie a deux: inductorul are o putere persuasivă asupra unei persoane puternic implicate afectiv - indusul care preia delirul.

Dupa tematica delirantă întâlnită în conţinutul ideilor, acestea se clasifică în: idei delirante de tip expansiv, idei delirane de tip depresiv şi idei delirante mixte.

a) Idei delirante de tip expansiv

În cadrul acestora se încadrează:

Ideile de grandoare prin care persoana este convinsă că dispune de puteri deosebite, calităţi speciale sau averi, bogăţii nemăsurate. Aceste idei apar în episoade maniacale.

Idei delirante de inventie în cadrul cărora există convingerea elaborării de planuri pentru aparate sau descoperirea unor invenţii vitale pentru omenire. Apar în schizofrenie, tulburarea delirantă.

Idei delirante de reforma socială constau ăn convingerea pacientului că este creatorul unor planuri filantropice a pacii universale , a lumii perfecte. Apare în schizofrenie.

Idei delirante de filiatie sunt exprimate prin convingerea persoanei că este descendentă din familii renumite.

Idei delirante de tip erotoman constau în convingerea că este iubit de o persoană înalt investită, sau cu o poziţie socială deosebită. Apar în schizofrenie.

Idei delirante mistice sunt reprezentate de convingerea că este purtătorul unei misiuni religioase, că este mesager divin, înger, sau instanţă divină supremă. Apar în schizofrenie.

b) *Idei delirante de tip depresiv*

Idei delirante de persecuţie constau în convingerea că sunt persecutaţi de persoane cunoscute sau necunoscute.

Idei delirante de urmărire din partea unor persoane direct sau prin aparatură, cel mai adesea, pentru a li se face rău.

Idei delirante de otravire prin substanţe puse în alimente, în apa, pentru a fi suprimaţi.

Idei delirante de relaţie sau referinţa constau în convingerea că atitudinea, comportamentul sau discursul celor din jur fac referiri la el.

Idei delirante de gelozie se referă la convingerea că gesturile, expresia mimică, atitudinile partenerului sunt probe de adulter.

Idei delirante de prejudiciu reprezintă convingerea că este furat de cei din jur

Idei delirante somatice constau în convingerea ca diverse organe au o proastă funcţionare deoarece s-a acţionat asupra lor din afară prin diverse mijloace.

Idei delirante de vinovatie constau în convingerea delirantă că toate relele din jur sunt cauzate de el.

Idei delirante hipocondriace constau în convingerea delirantă a existenţei unei boli incurabile sau a unui defect fizic.

Idei delirante de transformare şi posesiune în care apare convingerea că au fost transformaţi în alte fiinţe sau părţi din corp au fost modificate.

Idei delirante de negaţie în care există convingerea că organe vitale din corp au petrezit, sau le-au fost extirpate. Apare în sindronul Cotard.

c) *Idei delirante mixte* datorită ambiguităţii, tonalităţii afective pe care evoluează ideile.
Idei delirante de interpretare: tot ceea ce se petrece are o semnificaţie specială împotriva sa.
Idei delirante de influenţă: se află sub influenţa unor forţe străine (xenopatie) care acţionează prin unde, radiaţii, sugestie.
Idei delirante de metafizice (cosmogonice): a elucidat originea vieţii, a lumii, a sufletului.

A. Tulburările comunicării verbale

Tulburările comunicării verbale sunt în strânsă legatura cu tulburările de gândire.
Activitatea de comunicare, de realizare a gândirii verbale, noţionale poartă denumirea de limbaj. Este diferită de limbă care este un sistem de mijloace lingvistice (fonetice, lexice, gramaticale) cu ajutorul cărora se realizează comunicarea.
Tulburările limbalului: dislogii, disfazii, dislalii
Dislogiile sunt tulburări mentale consecutive modificărilor de formă şi conţinut ale gândirii, care evoluează fără modificări ale funcţiei limbajului şi aparatului logomotor.
Disfaziile: apar în afecţiuni neurologice.
Dislaliile: imposibilitatea pronunţiei unor sunete, silabe, cuvinte, dar numai atunci când se află în context. Apar în rotacism, stigmatism, balbism.

Tulburările de formă se referă la intensitate, înălţime, timbru. Creşterea lor apare în agitaţia psihomotorie, episodul maniacal, catarsis afectiv.
Scăderea apare în depresii, schizofrenie.
Vorbirea declamativă, patetică este întâlnită în tulburarea delirantă
Vorbirea preţioasă, manierată apare în schizofrenie.

Tulburarile ritmului
Tahifemia constă în accelerarea ritmului în lipsa sistematizării comunicării verbale.
Logoree: creşterea patologică a ritmului şi fluxului (curgerea verbală nestăpânită). Apare în intoxicaţii uşoare, episodul maniacal, schizofrenia hebefrenică.
Hipoactivitatea verbală simplă: se manifestă la indivizii timizi.
Bradifemia reprezintă scăderea ritmului, mai puţin a fluxului, cu vorbire monotonă (apare în depresie).
Mutism psihic: absenţa comunicării verbale, dar cu motricitate pastrată:

- absolut: isterie, demenţa, oligofrenie;
- reactiv: nu comunică verbal, dar comunică prin mimică;
- discontinuu (semimutism): comunică verbal doar în anumite momente (se manifestă în stări confuzive, delirante);
- electiv: comunică numai cu anumite persoane, evită să povestească anumite situaţii (se manifestă în paranoia, isterie).

Tulburările coerenţei verbale

- *incoerenta verbală*: exprimă în plan verbal incoerenţă tematica la nivelul discursului, incoerenţă ideativă la nivelul propoziţiei, incoerenţă sintactică. Apare în schizofrenie;

- *salata de cuvinte*: comunicare neinteligibilă, formă gravă de incoerenţă, cuvinte asociate fără nici o legatură şi semnificatie (schizofrenie, demenţe);

- *verbigeraţia*: forma extremă de incoerenţă, asociată cu repetiţia stereotipa a unor cuvinte, cu tendinţa de rimă (apare în demenţe);

- *psitacismul*: sonorizarea mecanică a unor foneme fără conţinut semantic (apare în demenţe, oligofrenie);

- *stereotipii*: repetarea în plan verbal în aceeaşi formă a unui cuvânt (apare în schizofrenia catatonică, demenţe);

- *ecolalia*: repetarea întocmai a cuvintelor auzite la interlocutor (apare în sindromul Ecopatic din demenţe, în schizofrenie, oligofrenii);

- *palilalia*: repetarea întocmai a ultimului cuvânt al unei propoziţii/fraze (apare în demenţa Pick);

- *onomatomania:* repetarea obsedantă a unor cuvinte, expresii (grosolane).

Trăsăturile caracteriale rezultate din analiza limbajului

Persoanele iritate tind să utilizeze în exces verbele la timpul prezent; personalitatea de tip paranoid face abuz de pronume personal la persoana I-a singular; timizii în schimb evită singularul de la pronumele personal, persoana I-a şi foloseşte persoana I-a plural; obsesionalii, persoanele cu tulburare de personalitate de tip dependent preferă articolul nehotărât; opusul lor fanaticii preferă articolul hotărât.

Tulburările de conţinut

Aceste tulburări constau în tendinţa de a reda conţinutul ideilor într-o manieră nouă, originală. Se produc alterări ale sensului cuvintelor ce sunt fuzionate, modificate:

- *paralogisme* - folosirea unui cuvânt cu alt sens decât cel consacrat;

- *neologisme* - nu se exprimă prin cuvinte obişnuite: active (cuvinte inventate), pasive (cuvinte realizate prin fuzionare);

- *jargonofazie* - limbaj cu multe neologisme active;

- *paragramatisme* - frazele au expresii bizare, neoformaţii verbale, nu au semnificaţie.

Tulburările limbajului scris

Tulburările activităţii grafice urmează pe cele ale limbajului oral. Cele mai frecvent întâlnite sunt următoarele:

- hipoactivitate grafică până la negativism grafic; apare în schizofrenie;
- hiperactivitatea grafică;
- graforee corespondentul logoreei - apare rar;
- grafomania: predilecţia pentru manifestare grafică şi disocierea de logoree;
- respectă rigorile stilistice;
- incoereţa grafică: cuvinte, fraze lipsite de legatură;
- stereotipii grafice: repetarea unei conjuncţii, cuvânt, fraze.

B. Tulburările comunicării nonverbale
Aspectul vestimentar, gesturile, atitudinile sunt modalitîţi de comunicare importante, alături de limbaj.

Ţinuta vestimentară
Modul de interrelaţionare şi adaptare a persoanei la normele de convieţuire poate fi: .

- dezordonată: apare în schizofrenie, stări confuzive;
- excentrică: apare în episodul maniacal;
- rafinament vestimentar: apare în tulburări histrionice;
- travestitism: reprezintă ţinuta inadecvată sexului;
- cisvestitism: ţinuta adecvată sexului, dar inadecvată vârstei;

Privirea
Aceasta poate reda conţinutul afectiv al psihismului persoanei:

- mobilă, strălucitoare – apare în episodul maniacal;
- stinsă, hipomobilă – apare în episodul depresiv;
- rătăcită – apare în stări confuzive;
- detaşată – apare în schizofrenie.

Expresia mimică
Mimica poate îmbrăca câteva aspecte: de la o *hiperactivitate* (hipermimie) care exprimă satisfacţia, bucuria; la una *imobilă*, comisurile bucale coborate, cu omega melancolic la nivelul frunţii (aşa cum apare în depresie); *artificială*, de împrumut, demonstrativă (ca în isterie). În patologia psihiatrică putem întâlni o mare varietate de modificări mimice.

Pantomimica
Reprezintă ansamblul şi frecvenţa gesturilor, atitudinea şi manifestările motorii. În această categorie se încadrează:

- *Manierismele* - comportamentul motor se modifică, iar mişcările apar nemotivate, artficiale, bizare. Mişcările sunt în discordanţă cu starea afectivă şi conţinutul ideativ;
- *Bizarerii* - grade diferite de comportare manieristă, gesturile nu au caracter logic.

Tulburarea conduitei motorii
Conduita motorie poate fi unul din semnele importante în cazul unor boli psihice. Putem întâlni o *exacerbare a activitatii motorii* (hiperkinezia) care asociază o pantomimică bogată, cu o creştere a activităţii motorii.

Agitaţia psihomotorie reprezintă forma extremă a conduitei activităţii motorii, care are etiologie polimorfă şi are un caracter dezordonat, cu lipsă de scop şi eficienţă.
Agitaţia psihomotorie are caracterstici diferite în funcţie de entitatea clinică în care o întâlnim. În demenţe sau oligofrenie agitaţia apare brusc la incitaţii minime, are caracter stereotip, cu tendinţa la agresivitate verbală în demenţe şi fizică în oligofrenie
Agitaţia în stări maniacale poate imbrăca aspectul iritabilităţii în stările prodromale, poate asocia polipragmazie (efectuarea mai multor lucruri în acelaşi timp) sau poate îmbrăca aspectul extrem - furorul maniacal.

Stările depresive pot include ca semn în agitaţia psihomotorie; ea se caracterizează printr-o stare de neliniște şi dezordine motorie de mare violenţă, cum ar fi loviri, omucideri, sinucideri sau raptusul melancolic.
În epilepsie poate apare intercritic la incitaţii minime furor epilepticus, de asemena, cu mare agresivitate urmat de amnezie.
În cadrul tulburărilor de personalitate care se pot decompensa putem întâlni uneori alura teatrală cu tendinţa de a impresiona sau şantaja, iar în tulburarea de tip antisocial agitaţia poate deveni suficient de intensă pentru a intra în conflict cu legea.
In stările reactive agitaţia este generată de sentimentul de frustrare şi paroxismele anxioase. Agitaţia este dezorganizată, discretă, pacienţii se mişcă în continuu işi frâng mâinile, cer compasiune. În schizofrenie apare imprevizibil, are intensităţi variabile de la redusă la extrema, incomprehensibilitatea conduitei, vorbirea şi mişcările au caracter simbolic.
Acatisia este o formă specială de agitaţie care se manifestă prin nevoia de mişcare permanentă, disconfort muscular şi imposibilitate de a păstra o anumită poziţie o perioadă veriabilă de timp. Este generată de tratamentul cu neuroleptice (antipsihotice).

Diminuarea activitatii motorii (hipokinezie), reprezintă inhibiţia psihomotorie caracterizată prin lentoarea mişcărilor până la întreruperea activităţii motorii (*akinezia*). Oprirea bruscă a oricărei mişcări poartă denumirea de *baraj*. *Fadingul motor* constă în diminua mobilitatea, la dispariţie a amplitudinii oricărui gest, acţiuni. *Stupoarea* reprezintă imobilitate completă, pacienţii devin inerţi, nu răspund solicitărilor din afară sau răspund foarte greu cu o mimică impietrită sau inexpresivă.
Entităţi în care întâlnim stuporea: stupoarea nevrotica (isterie) apare brusc mai ales după stări conflictuale şi este însoţită de mimica anxioasă; stuporea psihotică apare în depresie când asociază faciesul melancolic; în schizofrenie stupoarea se însoţeşte de facies amimic, akinetic, apar hipertonii (contracturi) localizate şi variabile, participă pasiv la activitatea anturajului. Stupoarea confuzivă se caracterizează prin activitate psihică aproape suspendată. Interfera cu stari delirant oneiroide.
Catalepsia este totala inerţie motorie, cu uşoară hipertonie musculară cu păstrarea mult timp a aceleiaşi pozitii (flexibilitatea ceroasă). Aceasta cunoaşte mai multe *forme*:

- *Somnul cataleptic*, care apare în mod brusc, cu îngustarea câmpului conştiinţei, inhibiţie motorie completă, respiraţie imperceptibilă dând impresia morţii aparente. Durata de manifestare este lungă, de la ore până la zile.

- *Catatonia*, care este o stare de etiologie neprecizată cu manifestări multiple ce interesează activitatea motorie. Datorită polimorfismului simptomatologic, catatonia este un sindrom complex în care pe primul plan se află tulburările comportamentului motor. Astfel, comportamentul motor se desfăşoară pe un fond de inerţie şi catalepsie sau pe o stare de fixare tonică, persistentă a corpului în anumite poziţii. Sindromul catatonic de origine psihică evoluează pe fondul de luciditate a conştiinţei. Elementele catatoniei sunt:

- Sugestibilitatea - influenţarea prin sugestie cu receptivitate extremă a pacientului. Acceptă recomandările interlocutorului, execută automat toate ordinele, are caracter imitativ. Acesta este sindromul ecopatic alcătuit din ecopraxie, ecolalie, ecomomie;

- Negativismul reprezintă tendinţa de a opune rezistenţă, el este pasiv opune rezistenţă la ordine, nevoi fiziologice şi activ, atunci când execută în mod invers ordinul primit;

- Stereotipii: tendinţa de repetare a uneia şi aceleiaşi manifestări în atitudine, limbaj mişcări;

- Stupoarea catatonică sau agitaţia catatonică;

- Hipertonia musculară generalizată;

- Flexibilitatea ceroasă.

Simptomele pot fi întâlnite în asocieri variabile ceea ce nu înseamnă că este obligatoriu sau le întâlnim pe toate la un pacient. De asemenea, un singur simptom nu poate pune diagnosticul de catatonie.

Alte tipuri de manifestări ale activităţii mororii:

Ticurile: tulburări ale activităţii motorii cu mişcări care au caracter intempestiv, repetitiv şi rapid date de contractarea unor muşchi, scăpate de sub control voliţional; sunt mişcări parazitare.

IMAGINAŢIA

Proces psihic de prelucrare, transformare şi sintetizare a reprezentărilor şi ideilor în scopul făuriri de noi imagini şi idei.

Formele imaginatiei

a) *neintenţională* (pasivă) reprezentate de vis, reverie; toate tendinţele, aspiraţiile şi dorinţele, gânduri intime care se manifestă în vis;

b) *intenţională* (activă), care se poate clasifica astfel:

- *Reproductivă:* constă în asocierea elementelor verbal-imaginative cu imagini ce vin din experienţa proprie (cum se întâmplă în cazul citirii unei cărţi);
- *Vis de perspectivă:* se referă la proiectarea mentală a dorinţelor, aspiraţiilor şi planurilor de viaţă;
- *Imaginaţie creatoare*: ideea sau planul viitoarei acţiuni sunt anticipate imaginativ,

Tulburările imaginaţiei

Acestea sunt strâns legate cu cele ale gândirii.

a) *Tulburările cantitative*

Scăzută: oligofrenii, demenţe, depresie.

Exaltarea imaginaţiei - apare în intoxicaţii, episoade expansive, deliruri cronice din schizofrenie.

Mitomania sau pseudologia fantastică Birnbaum: isteria, deliruri de imaginaţie.

Relatarea mitomană se caracterizează prin existenţa a patru etape de elaborare:

- organizarea românească a trăirii cuprinde aspectul formal al discursului care nu este adecvat conţinutului şi este sesizat de interlocutor;
- alibiul existenţial: indiferent de forma şi conţinutul relatării, ideile merg univoc, unidirecţional spre supraestimarea propriei persoane;
- suprasemnificarea: trecerea de la simpla exagerare la fabulaţia cea mai amplă, pentru a atrage atenţia asupra sa;

- conduita de teamă care apare în urma posibilei descoperiri a caracterului fabulator al relatării.

b) ***Tulburarile calitative***

- *Simulaţia*: reprezintă falsificarea adevărului în privinţa stării de sănătate. Fidelitatea simulării depinde de: imaginaţia, inteligenţa şi rezistenţa celui ce simulează.
- *Metasimulaţia*: după un episod psihotic acut, real, pacientul refăcut persevereză în acuzele sale anterioare;
- *Suprasimulaţia*: amplificarea simptomatologiei unei afecţiuni somatice sau psihice preexistente;
- *Disimularea*: ascunderea unor simptome psihice sau somatice, ori a unei boli, pentru a se sustrage de la tratamentul obligatoriu. Această tulburare apare în depresia cu risc suicidar.

CONŞTIINŢA

Conştiinţa are mai mule definiţii, în funcţie de domeniul în care este tratată.
Conştiinţa, din perspeciva psihologică, reprezintă procesul de reflectare a propriului eu şi a lumii înconjuratoare.
Din perspectiva medicală, conştiinta reprezintă capacitatea de apreciere corectă a mediului şi a propriei persoane, capacitate strâns legată de funcţionarea normală a proceselor mentale şi care se manifestă numai în perioada în care subiectul este treaz (M.J. Georgescu).
Starea de conştienţă (starea de luciditate) este capacitatea şi claritatea reflectării, cât şi înţelegerea realităţii obiective.
Criteriile de clasificare după Jaspers a tulburărilor de conştiinţă:

- Detaşarea de realitate: cuprinde următoarele aspecte: ridicarea pragurilor senzoriale cu perceperea realităţii în mod estompat, mai puţin distinct, hipoprosexie de fixare, hipomnezie sau amnezia evenimentelor: fixarea evenimentelor este fragmentară, superficială;
- Tulburarea memoriei: apare amnezie postcritică, cu dificultăţi în privinţa evocării unor fapte importante din antecedentele insului, chiar dacă sunt foarte bine fixate şi redate în afara stării confuzive, hipomnezia şi amnezia sunt generate de perturbarea profundă a funcţiilor psihice;
- Dezorientarea este secundară tulburărilor mnezice şi prosexice, are intetensitate diferită, se poate referi la: spaţiul geografic în care se află, spaţiul fizic, la orientarea în timp, în cazuri grave la orientarea autopsihică;
- Incoerenţa ideativă şi a activităţii evoluează, însoţite de semnele enumerate mai sus; incoerenţa ideativă nu urmează direct proporţional intensitatea tulburării de conştiinţă, ea poate asocia productivitate senzorială psihotică.

Tulburările conştiinţei pot fi clasificate în cantitative şi calitative-

a) Tulburările cantitative ale conştiintei

Aceste tulburări apar cel mai frecvent în afecţiunile neurologice.

Starea de veghe: funcţiile psihice se desfăşoară cu claritate, luciditate şi sub controlul raţiunii. Formele principale:

- *Obtuzie* - imprecizie, dificultăţi asociative, pierderea mobilităţii ideative;
- *Hebetudine* - perplexitate, detaşare, indiferenţă faţă de situaţia în care se află;
- *torpoare-dezorientare uşoară*, hipokinezie, reducerea iniţiativei, indiferentism, apatie;
- *obnubilare* - orientare incompletă şi dificilă în spaţiul imediat, bradipsihie, bradikinezie, informaţii vagi despre propria persoană;
- stupoare - activitatea psihomotorie pare suspendată, răspunde numai la stimuli foarte puternici;
- *sopor* - reacţiile la stimuli senzoriali foarte reduse, somnolenţă accentuată
- coma-apsihism;
- *pierderea completă a conştiinţei*, se realizează prin disoluţia funcţiilor de relaţie, conservarea uneori relativă a funcţiilor vegetative.

B) Tulburările calitative

Aceste tulburări sunt caracterizate prin modificări de natură organică ale percepţiei realităţii, asociate cu destructurări ale funcţiilor cognitive.

Ingustarea câmpului conştiinţei: focalizarea conştiintei asupra unei idei, amintiri, acţiuni de care nu se poate desprinde, conştiinta nu poate cuprinde întreaga experienţă prezentă, duce la deformarea relaţiei cu realitatea.

Starea crepusculară constă în îngustarea câmpului clarităţii conştiinţei în diferite grade, cu debut şi sfarşit brusc, menţin automatismele motorii, cu posibilitatea de efectuare a unor acte complexe. Are loc alterarea profundă a reflectării senzoriale, pot asocia idei delirante, halucinaţii auditive imperative, sau vizuale.

Confuzia mintală (Starea confuzională, Delirium). Este consecinţa unei afecţiuni organice cerebrală acute, ce duc la modificări ale conştiintei cu caracter tranzitoriu.

Debutul este brutal, durează câteva. mbracă aspectul de ruptură, hiatus faţă de comportamentul avut anterior, are loc o denivelare a conştiinţei în diferite grade (torpoare, obnubilare, comă). Prezintă dezorientarea în spaţiu şi timp, tulburări masive de percepţie, terifiante, evoluează pe fondul unei anxietăţi marcate, idei delirante polimorfe şi fragmentare, absurde. Asociază uneori febra şi deshidratare.

Starea oneiroidă este caracterizată prin infiltrarea construcţiilor visului în gândirea vigilă, la care asistă, nu participă, amestec între fragmente ale realităţii reflectate şi reprezentări senzoriale plastice, are reminiscenţe halucinatorii şi idei de vis ce au o coerenţă şi sistematizare.

Starea amentivă: simptomatologie polimorfă, alterarea profundă a conştiinţei propriului eu, prezintă dezorientare totală, incoerenţa ideativă este maximă, vorbirea este ininteligibila, agitaţie dezordonată, de obicei, în limitele patului.

AFECTIVITATEA

Reprezintă ansamblu de manifestări psihice care reflectă realitatea prin trăiri pozitive şi negative. Ea cuprinde două componente: *afectivitate bazală* care include stări afective elementare (starea de afect), emoţii, dispoziţie şi *afectivitatea elaborată* care include sentimentele şi pasiunile.

Starea de afect reprezintă o încărcătură emoţională puternică, cu debut brusc, desfăşurare furtunoasă şi efecte dezorganizate asupra comportamentului: "expresia observată a emoţiilor" (Kaplan, citat de Georgescu). Se însoţeşte de modificări mimico pantomimice şi neurovegetative şi are o capacitate scăzută de coordonare a răspunsurilor. Afectele sunt în strânsă legătură cu ceea ce reprezintă conţinutul gândirii. Ele pot fi adecvate, concordante conţinutului gândirii sau inadecvate, când vorbim de neconcordanţa între reacţia afectivă şi conţinutul gândirii.
Emoţia este un sistem motivaţional complex şi reprezintă răsunetul afectiv al raportului dintre subiect şi obiecte, fiinte, fenomene. Au manifestare spontană şi creează o tensiune afectivă de mai mică amplitudine. Emoţiile pot fi *pozitive* ca plăcerea, bucuria, satisfacţia sau *negative* cum sunt neplăcerea, tristeţea, frica. Pe de altă parte, emoţiile pot fi *stenice* când ajută la creşterea capacităţii de efort şi *astenice* care contribuie la scăderea rezistenţei la efort.
Dispoziţia (sau starea timică) este starea afectivă generală, de fond, permanentă, de durată, cu o intensitate medie. Este rezultanta tuturor impulsurilor extero, intero sau proprioceptive. Este determinată de gradul de adaptare la ambianţă. Ea oscilează între tristeţe şi bucurie.
Sentinentele sunt trăiri emoţionale comlexe, stabile şi generalizate, ele sunt interiorizate şi influentează conduita.
Pasiunile presupun o amplitudine mai mare, o angajare mai puternică din partea individului şi sunt puternic instrumentate voliţional.

Tulburările afective

Tulburările afective pot fi grupate în cantitative şi calitative.

A) Tulburările cantitative

Hipotimia reprezintă scădere în grade diferite a tensiunii afective, expresivitatea mimică este redusă, Această formă de tulburare apare în oligofrenii, demenţe,
Atimia reprezintă scăderea capacităţii de rezonanţă afectivă, inexpresivitate mimico-pantomimică.
Apatia este caracterizată prin lipsa de tonalitate afectivă şi interes pentru propria persoană.
Hipertimia este de o importanţă deosebită pentru patologia psihiatrică (V. Predescu). În cadrul acesteia sunt cuprinse mai multe forme:
Depresia este o hipertimie negativă caracterizată prin tristeţe nemotivată, cu
sentimentul durerii morale. Este o trăire puternică cu participare afectivă intensă ideaţie cu ritm incetinit, conţinut trist, idei de inutilitate, idei de devalorizare. Activitatea motorie este scăzută până la inhibiţie motorie sau nelinişte anxioasă, mimica este hipomobilă, comisurile bucale căzute, corpul încovoiat, braţele căzute pe lângă corp, în tot ce simte intrezăreşte răul. Apar modificări ale instinctelor mai ales cel alimentar, inapetenta iar în privinţa somnului cel mai frecvent sunt insomnii şi/sau somn neodihnitor cu coşmaruri. Instinctul sexual este diminuat. Instinctul de conservare este scăzut. Depresia este întâlnită frecvent în cadrul afecţiunilor psihice.
Anestezia psihică dureroasă constă în senzaţia că nu se poate bucura, intrista, induioşa, nu mai poate simţi afecţiune pentru cei din jur, pentru persoanele apropiate; în concluzie

pierde capacitatea de rezonanţă afectivă. Depresia şi anestezia psihică dureroasă pot culmina prin exacerbări critice cunoscute drept raptusul melancolic cu risc suicidar.
Euforia: stare de încărcătură afectivă pozitivă, exagerarea dispoziţiei cu veselie exagerată. Apare o stare de plenitudine, bine general, sănătate, forţă, putere. Ideaţia se desfăşoară în ritm alert, materializată prin logoree, conţinutul limbajului este presarat de glume şi calambururi contagioase (stârnesc râsul). Mimica hipermobilă, bogată, gesturi ample, apare tendinţa de supraapreciere. În cadrul dispoziţiei expansive se întalneşte polipragmazia (implicarea în mai multe activităţi în acelaşi timp). Instinctele se modifică: aici vorbim de scăderea necesarului de somn, nici într-un caz nu vorbim de insomnii, apare exacerbarea trebuinţelor şi tendinţelor în special sexuale. Şi aici este o scădere a instinctului de conservare mai ales datorită neglijării riscului la care se poate expune. Apare în episodul maniacal.
Disforia este o stare mixtă caracterizată prin dispoziţie depresiv anxioasă, de rău general, disconfort somatic, nelinişte, ce asociază logoree, excitabilitate crescută, impulsivitate, comportament coleros. Apare în boala afectivă, în epilepsie, dependenţa de alcool.
Anxietatea este teama difuză fără obiect, este desprinsă de concret, nedistinctă. Frica este iraţională, în absenţa unui pericol real, este proiectată în viitor şi desprinsă de concret, este mai mult potenţială decât actuală. De cele mai multe ori apare depresia. Se însoţeste de manifestări somatoforme în diverse sfere: cardiovasculară cu tahicardie, palpitaţii, modificarea tensiunii arteriale; gastrointestinală: cum ar fi greaţa, vărsături, modificarea tranzitului intestinal. Mai putem intâlni modificări respiratorii cu senzaţia de lipsa de aer, senzaţia de sufocare. În mod particular senzaţia de "nod în gât" care nu are nici un substrat organic ci este numai o manifestare somatoformă. Alte manifestări care se pot întâlni sunt: tremurături, fatigabilitate, transpiraţii, cefalee, ameţeli etc. Acestea apar în tulburările anxioase.

B) Tulburările calitative ale afectivităţii

Paratimiile sunt reacţii aberante şi indecvate, paradoxale faţă de motive, situaţii sau evenimente.
Inversiunea afectivă este o reacţie afectivă negativă faţă de persoane pe care le-a iubit înainte de a se îmbolnăvi (părinţi, fraţi, copii). Această formă de tulburare a afectivităţii apare în schizofrenie.
Ambivalenta afectivă este caracterizată prin prezenţa simultană a două emoţii, sentimente opuse, contradictorii. Această formă de tulburare a afectivităţii apare în schizofrenie.

VOINŢA

Este funcţia psihică prin care se realizează trecerea conştientă de la o idee sau raţionament la o activitate, sau inhibiţia unei activităţi în vederea realizării unui anumit scop.
Desfăşurarea actului voliţional cuprinde mai multe *etape*:

- Formularea scopului: sub raport afectiv tendinţa este trăită ca o dorinţă iar în planul conştiinţei devine motiv;

- Lupta motivelor: motivul apărut se luptă cu alte motive potenţiale sau active. În cazul scopului unic lupta se tranşează spontan;
- Adoptarea hotărârii: constă în definirea scopului şi pregătirea acţiunii;
- Execuţia (îndeplinirea) acţiunii; trecerea la acţiune implică efortul voliţional, predomină aspectul cantitativ al procesului voliţional. Răspunde la întrebarea "CÂT POŢI ?"

Tipurile de voinţă

Voinţa activă: care stă la baza perseverenţei, tenacităţii şi îndeplinirii izbutite a unei activităţi. Are rol mobilizator, de susţinere a efortului voliţional; mai poartă denumirea de voinţă de suport.

Voinţa inhibitorie este responsabilă de stăpânirea de sine, determină reţinerea în anumite situaţii, frânează reacţia imediată. Se opune unor tendinţe impulsive, stă la baza conduitei amânării.

Tulburările de voinţă (disbulii)

Tulburările afective pot fi grupate în cantitative şi calitative.

A) Tulburările cantitative ale voinţei

Hiperbulia reprezintă exagerarea forţei voliţionale. Poate apare la normali, iar în patologie apare rar deoarece se dezorganizează suportul motivaţional; o întâlnim în stări obsesivo-fobice; la toxicomanii hiperbulia are caracter unidirecţional şi electiv în sensul procurării drogului. În cadrul tulburării delirante hiperbulia este selectivă si unilaterală.

Hipobulia se referă la scăderea forţei voliţionale ce se traduce prin scăderea capacităţii de a acţiona. Pacientul ştie ce trebuie să facă, dar nu poate. Este comună unei mari tulburări din patologia psihiatrică: depresie, schizofrenie, demenţe.

Abulia se referă la lipsa de initiaţivă, incapacitatea de a acţiona. Apare în catatonie, depresii profunde.

B) Tulburările calitative ale voinţei

Disabulia reprezintă dificultatea de a trece la o acţiune sau de a sfârşi o acţiune începută, însoţită de perplexitate şi cu o notă afectivă negativă. Apare în schizofrenie.

Parabulia este insuficienţa voliţională însoţită sau determinată de anumite dorinţe, pulsiuni sau acte paralele. Apare în nevroze motorii (ticuri).

Impulsivitatea constă în insuficienţa voinţei pasive, inhibitorii ceea ce duce la lipsă de frână şi comportament impulsiv. Rezultă acte impulsive, intempestive cu un caracter antisocial, reprobail şi dramatic. Apare în tulburările de personalitate.

Depersonalizarea este situată la *"frontiera psihopatologiei conştiinţei şi a personalităţii"* (S. Folin). *Depersonalizarea este o stare (nu este un simptom sau sindrom).* P. Janet consideră că *"nu este o stare, ci un moment de evoluţie"*. În depersonalizare elementul esenţial este impresia de schimbare. Depersonalizarea poate viza impresia de schimbare psihică numită *desanimare sau schimbare somatică: desomatizare. Este redată prin sentimentul anxiogen al modificării propriului eu: "Au impresia că nu mai sunt ei, caută să se regăsească pe ei înşişi, par a fi pierdut simţul unităţii propriei persoane."*
Starea de depersonalizare "se trăieşte" prin impresia de inautenticitate; această modificare atinge forul intim al individului, subiectivitatea sa profundă. Este trăită pe fundalul unei profunde îngrijorări şi reuneşte anxietate, perplexitate şi stranietate.
Derealizarea reprezintă impresia (sentimentul) de înstrăinare, îndepartare şi nonfamiliaritate a realităţii trăite anterior. Pacientul are sentimentul iluzoriului, irealităţii, cu un colorit cenuşiu, se exprimă prin pierderea autenticităţii şi a receptivităţii psihosenzoriale a ambianţei.

PERSONALITATEA

Personalitatea umană constituie, direct sau indirect, terenul de intersecţie al mai multor discipline ştiinţifice; este un univers care incită permanent la cunoaştere.
Termenul se referă la disponibilităţile generale şi caracteristice exprimate de o persoană şi conturează identitatea ei specifică. Personalitatea se referă la forme distincte şi caracteristice de gândire, emoţionalitate şi comportament care definesc stilul personal al unui individ şi-i influenţează interacţiunile cu mediul.

Definirea personalităţii Termenul de personalitate vine de la cuvântul etrusc "persona" (mască, rolul jucat de actor pe scenă) şi desemnează omul considerat sub toate aspectele: biologico-genetice, psihologice, morale, culturale si sociale. Este integrat în sistemul conceptual de diverse discipline (psihologie, sociologie, pedagogie, istorie, etică, politologie) unde cunoaşte accepţiuni relativ diferite: sociologia atribuie termenul pentru a diferenţia indivizii după contribuţia adusă într-un anumit domeniu de activitate; psihologia atribuie termenul la fiecare dintre indivizii normali.
Există un număr mare de teorii privind personalitatea, fiecare dintre acestea oferind o definiţie proprie. G. W. Allport şi H. S. Odbert (1936) au inventariat un număr de 50 de definiţii ale personalităţii, iar Mc Cleland (1951) un număr de peste 100. În structura personalităţii au fost identificaţi 300 de factori şi 1000 de variabile (Eysenck, Cattel, Guilford). Principalele divergenţe dintre autori se referă la conţinutul personalităţii, a metodologiei folosite în studiul ei şi a modului de interpretare a informaţiilor.
Redăm câteva dintre definiţiile reprezentative privind personalitatea:

- este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea şi comportamentul său specific (G. Allport, 1981, p. 40);
- este unitatea bio-psiho-socială constituită în procesul adaptării individului la mediu şi care determină un mod specific, caracteristic şi unic de comportare în diversitatea situaţiilor externe (Mischel, 1968; Wiggins, 1971);
- este un sistem hipercomplex, cu autoorganizare, teleonomic, determinat biologic şi socio-cultural, cu o dinamică specifică, individualizată (M. Golu, 1972, 1993) etc.

În urma analizei diverselor definiţii sunt evidenţiate, în general, următoarele caracteristici ale personalităţii (Perron, 1985):
- *globalitatea*: personalitatea este constituită din ansamblul de caracteristici ce permit descrierea şi identificarea unei persoane printre celelalte;
- *coerenţa*: există o anumită organizare şi interdependenţe ale elementelor componente ale personalităţii;
- *stabilitatea temporală*: există anumite legi de organizare care au o acţiune permanentă, astfel chiar dacă persoana se dezvoltă, se transformă, ea îşi păstrează identitatea.

Psihologia personalităţii încearcă, pe de o parte să explice diferenţele interindividuale, iar pe de altă parte, să sintetizeze într-o imagine integratoare persoana.
Personalitatea poate fi abordată din mai multe perspective:
- *general-uman,* în sensul că fiecare individ prezintă anumite particularităţi caracteristice, comune tuturor oamenilor;
- *tipologic (de grup),* nivel care se referă la faptul că indivizii aparţinând anumitor grupări sociale, colectivităţi, epoci istorice, au trăsături caracteristice care-i diferenţiază de alţi indivizi;
- *particular (individual)* - în sensul că fiecare om este unic şi irepetabil din punct de vedere al configuraţiei trăsăturilor sale; aşa cum nu există doi indivizi identici din punct de vedere anatomo-fiziologic, cu atât mai mult la nivelul deosebit de complex al personalităţii repetabilitatea nu este posibilă.

Cunoaşterea obiectiv-ştiinţifică a personalităţii, stabilirea mecanismelor şi modelelor explicative ale acesteia sunt deosebit de dificile datorită complexităţii acesteia. La formarea personalităţii contribuie o diversitate de factori: ereditatea; educaţia, cultura etc. Complexitatea personalităţii determină necesitatea participării mai multor discipline la studierea ei: biologice, psihologice, sociale, culturale.

Teorii ale personalităţii

Psihologia personalităţii are, în general, două obiective majore: separarea variabilelor specifice, care diferenţiază indivizii (diferenţele interindividuale); sintetizarea proceselor psihologice care pot influenţa interacţiunea individului cu lumea într-o perspectivă globală, a întregii persoane.
Vom prezenta direcţiile majore de abordare ale personalităţii din următoarele perspective: psihanalitică; psihometrică; învăţării sociale; umanistă. Fiecare dintre aceste abordări oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalităţii, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în acelaşi timp o anumită notă specifică. Mulţi dintre psihologii contemporani preferă o orientare eclectică, respectiv combinarea de elemente provenind din diferite moduri de

abordare, în scopul obţinerii unei viziuni integratoare proprii sau pentru a ajuta la rezolvarea unor probleme practice.

Abordarea psihanalitică

Conform teoriei lui Freud, comportamentul este produs de conştient şi de forţe instinctive. Freud a elaborat un model în care a identificat trei niveluri ale psihicului: conştientul, preconştientul şi inconştientul. *Conştientul* conţine gândurile şi sentimentele de care individul îşi dă seama la un moment dat. Principala sa funcţie este să răspundă la realitatea externă, de a evita pericolul, de a menţine un comportament acceptabil social. *Incoştientul* conţine amintiri reprimate („uitate"), incluzând dorinţe şi impulsuri în proporţie ridicată sexuale sau agresive. Acestea pot determina gânduri şi comportamentele conştiente. *Preconştientul* conţine gânduri ce nu sunt conştiente la un moment dat, dar care la nevoie sunt accesibile. El acţionează ca un filtru, cenzurând dorinţele inacceptabile, permiţând pătrunderea lor în conştient atunci când li se acceptă originile inconştiente.

Oamenii se nasc cu pulsiuni instinctuale care le motivează şi adaptează comportamentul încă din copilărie. O idee centrală a lui Freud pentru a explica originile personalităţii a fost conceptul de *libido*, pe care-l consideră ca fiind o energie vitală generală, motivantă. Energiile instinctuale (pulsiunile sexuale şi cele agresive) se acumulează în timp, în condiţiile în care nu apare un mijloc de a le elibera. Influenţele asupra comportamentului pot fi: reducerea tensiunii; nevoia de a face faţă cerinţelor imediate ale mediului sau istoriei dezvoltării personale din copilărie. Orice comportament are determinări multiple. Experienţele dobândite în copilărie au o influenţă importantă asupra dezvoltării personalităţii.

Ulterior, Freud consideră că personalitatea este constituită din trei structuri majore: *Sinele (inconştientul, Id), Eul (preconştientul, Ego), şi Supraeul (conştientul, Superego). Sinele* este determinat biologic şi conţine toate imboldurile lăuntrice, pulsiunile şi instinctele. Acesta se manifestă pe baza principiului plăcerii, de satisfacere imediată a dorinţelor. *Eul* se dezvoltă pentru a satisface nevoile sinelui într-o mod acceptabil social. Acesta se manifestă, acţionează pe baza principiului realităţii. *Supraeul* reprezintă cadrul intern, individual (conştientul şi Eul ideal) al valorilor morale existente în cultura societăţii respective. El indică persoanei ce ar „trebui" sau „nu ar trebui" să facă. În multe aspecte, această parte a personalităţii este ca şi Sinele mai puţin realistă, exigenţele sale fiind atât de pretenţioase încât este imposibil de realizat. Freud consideră că aceste componente ale personalităţii sunt într-un *conflict* permanent. Eul menţine echilibrul între solicitările Sinelui, Supraeului şi realitate. Pentru aceasta, Eul elaborează o serie de mecanisme de apărare, care îi permit să se protejeze împotriva presiunilor exercitate de Sine şi Supraeu. Acestea sunt strategii inconştiente, utilizate de individ pentru a se proteja de anxietate, vină, durere etc. Indivizii diferă privind pragul de manifestare a anxietăţii şi privind mecanismele de apărare folosite pentru a face faţă acesteia. Utilizarea lor pentru a face faşă presiunilor vieţii pe termen scurt este considerată o strategie normală, iar o utilizare exagerată, pe termen lung este periculoasă, nesănătoasă. Analiza realizată de Buckley (1995) găseşte că Freud a descris zece mecanisme de apărare: refularea, regresia, sublimarea, formaţiunea reacţională, proiecţia, întoarcerea împotriva propriei persoane,

transformarea în contrariu, introiecţia sau identificarea, anularea retroactivă, izolarea. Prezentăm, pe scurt, definiţiile acestor mecanisme de apărare:

- *refularea* (reprimarea) reprezintă eliminarea din conştient a amintirilor, sentimentelor, dorinţelor dureroase, iar individul încearcă să uite gândul sau impulsul interzis. Este mecanismul de apărare de bază al teoriei lui Freud;
- *regresia*, reprezintă manifestarea unui comportament caracteristic unui stadiu timpuriu al vieţii, lipsit de conflicte, ameninţări pentru a scăpa de situaţii stresante (ex., dorinţa de întoarcere la stadiul de copil mic la apariţia a unui nou născut în familie, sau în situaţie de boală);
- *sublimarea*, în care impulsurile neacceptate sau dorinţele frustrate sunt exprimate sau satisfăcute printr-o activitate substitutivă (ex., direcţionarea unei dorinţei de a face faţă unor greutăţi către activităţi artistice, orientarea impulsurilor agresive către o activitate sportivă);
- *formaţia reacţională* se referă la înlăturarea, suprimarea dorinţelor prin exagerarea atitudinilor şi comportamentelor, astfel încât acestea să se transforme în opusul lor;
- *proiecţia* implică atribuirea propriilor sentimente, dorinţe, către altă persoană (ex., Alţii sunt vinovaţi de situaţia în care mă aflu; afirmaţia: „Ea mă urăşte!", înseamnă „O urăsc!");
- *întoarcerea împotriva propriei persoane* se referă la refuzarea inconştientă a propriei agresivităţi, pe care o deturnează dinspre celălalt pentru a o orienta asupra propriei persoane (mecanismul se poate afla la originea unor sentimente de culpabilitate, a unei nevoi de pedepsire, a unei nevroze de eşec sau a unor tentative de autodistrugere);
- *identificarea* se referă la creşterea sentimentului valorii prin identificarea cu persoana sau instituţia care prezintă valoare;
- *transformarea în contrariu:* dorinţa nu este numai refulată, ci şi înlocuită printr-o pulsiune contrară (perechile sadism-masochism, voyeurism-exhibiţionism, care arată trecerea de la activitate la pasivitate: a produce suferinţa – a suferi şi a privi – a fi privit, precum şi transformarea iubirii în ură);
- *anularea retroactivă* este iluzia potrivit căreia un eveniment, o dorinţă, o acţiune conflictuale ar putea fi anulate graţie puterii absolute a unei acţiuni sau dorinţe ulterioare, considerată a avea un efect de distrugere retroactivă (forme: succesiunea a două formule verbale sau a două conduite diferite, a doua suprimând-o pe cea dintâi în mintea persoanei; acţiunea care posedă puterea de distrugere trebuie să fie inversul celei dintâi pentru a putea fi eficientă; o experienţă neplăcută este repetată prin inversarea rolurilor, fiind astfel anulată. Aceasta se bazează pe ambivalenţă, definită ca fiind coexistenţa a două sentimente extreme şi opuse, cel mai adesea iubire şi ostilitate faţă de aceeaşi persoană.

Adepţii teoriei lui Freud au dezvoltat mecanismele de apărare ale Eului: listele realizate de diferiţi autori descriu un număr de 43 de mecanisme de apărare.

În glosarul manualului DSM III-R sunt menţionate un număr de optsprezece mecanisme de apărare şi definiţiile aferente acestora. DSM-IV propune o scală a funcţionării defensive precum şi o fişă de evaluare. Clinicianul trebuie să alcătuiască o listă de şapte mecanisme de apărare specifice sau stiluri de coping detectate la subiectul examinat, începând cu cel mai marcant. Apoi clinicianul trebuie să indice stilul defensiv predominant, stabilit în funcţie de cele şapte niveluri de funcţionare defensivă. Evaluarea reflectă apărările sau stilurile de coping pe care pacientul le

utilizează în momentul examinării, dar ţine seama şi de datele culese pentru perioada imediat anterioară evaluării. Stilul defensiv observat are o valoare predictivă importantă pentru sănătatea mintală viitoare a persoanei.
Conform teoriei lui Freud, conflictele nerezolvate determină apariţia *anxietăţii,* care se poate manifesta în: vise (considerate împliniri deghizate ale dorinţelor reprimate); tulburări nevrotice (crize acute de anxietate şi temeri iraţionale).
Prezentăm câteva dintre mecanismele tipice de apărare ale Eului propuse de psihanalişti, altele faţă de Freud, care au legătură cu problematica noastră (J. C. Coloman, 1950):
- *fantezia* se referă la satisfacerea dorinţelor frustrate prin realizări imaginare;
- *compensaţia,* reprezintă mascarea unei slăbiciuni prin accentuarea unor trăsături dorite sau acceptarea frustrării într-un anumit domeniu prin suprasatisfacerea altuia;
- *substituirea* reprezintă redirecţionarea sentimentelor sau comportamentelor către un obiect sau altă persoană, ca urmare a imposibilităţii exprimării lor în forma reală (ex., cearta cu partenerul de viaţă, în urma unui conflict avut la serviciu),
- *negarea* reprezintă refuzul de a accepta realitatea (ex., neacceptarea bolii sau a infidelităţii partenerului);
- *reprimarea* (vezi refularea), reprezintă eliminarea din conştiinţă a amintirilor, sentimentelor şi dorinţelor dureroase sau înspăimântătoare şi depozitarea lor în inconştient (uitarea motivată);
- *raţionalizarea* se referă la găsirea unei scuze rezonabile sau încercarea de a proba faptul că un comportament este raţional şi justificabil pentru o anumită acţiune (“Ar fi putut fi şi mai rău, alţii suferă mai mult decât mine”; “Sunt vinovat pentru îmbolnăvire, trebuie să suport”.).
Privind *dezvoltarea personalităţii*, Freud consideră că individul trece printr-o serie de stadii, denumite de autor psihosexuale (libidinale). Stadiile sunt conturate în funcţie de caracteristicile fiecărei etape de dezvoltare a personalităţii copilului, în care libidoul (energia sexuală, plăcerea fizică) se concentrează asupra unor anumite regiuni ale corpului: gură, anus sau zona genitală. Evoluţia satisfăcătoare a acestor etape ale copilăriei are o foarte mare influenţă asupra profilului ulterior al personalităţii adultului. Fiecare stadiu aduce cu sine o serie de probleme ce trebuie depăşite în raport cu dezvoltarea ulterioară. Eşecul în realizarea satisfăcătoare a unui anumit stadiu va avea ca rezultat *fixaţia* (stagnarea dezvoltării în stadiul respectiv). Aceasta determină menţinerea unora dintre caracteristicile stadiului respectiv şi în etapele ulterioare de dezvoltare. Cazurile mai severe de fixaţie vor conduce la apariţia nevrozelor în viaţa de adult. Vom descrie, pe scurt, stadiile psihosexuale stabilite de Freud:
- *stadiul oral* (de la naştere la 1 an): Sinele este dominant; energia libidinală este centrată asupra gurii, copilul obţinând satisfacţie prin supt şi mişcare. Aceste stadiu este împărţit în două subfaze: suptul pasiv urmată de subfaza mişcării active, agresive. Fixaţia poate fi cauzată de: suprasatisfacere sau frustrarea copilului de
nevoile orale. Aceasta se poate manifesta mai târziu prin dependenţe (fumatul, alcoolismul, lăcomia, sarcasmul excesiv);
- *stadiul anal* (al doilea an de viaţă): energia libidinală se centrează asupra senzaţiilor de plăcere de la nivelul mucoaselor rectului. În această etapă copilul este capabil să-şi exercite un anumit control asupra unor funcţii ale corpului. Astfel, el poate mulţumi părinţii prin menţinerea curăţeniei, sau, din contră, nemulţumi părinţii prin murdărie.

Efortul depus de părinţi pentru a-i impune o anumită igienă, constituie pentru copil un eveniment deosebit. Fixaţia rezultată din conflictul dintre copil şi părinţi în timpul instruirii igienice, poate duce la apariţia în perioada vieţii de adult fie la manifestarea unei personalităţi excesiv preocupată de curăţenie şi sistematizare (efectul expulzării), fie a unei personalităţi refractare, avare, obsesivă (efectul retenţiei);

- *stadiul falic* (3-6 ani): energia libidinală se centrează asupra organelor genitale, sentimentele devin sexuale. Freud descrie problemele caracteristice copilului de sex masculin în cadrul Conflictului Oedip: fanteziile copilului includ dorinţele unei intimităţi sexuale cu mama lui; invidiază relaţia intimă dintre tată şi mamă; se teme de pedeapsă, sub forma castrării dorinţelor sale interzise. În mod normal, conflictul se rezolvă odată ce copilul se identifică cu tatăl lui. Dezvoltarea copiilor de sex feminin este mai puţin conturată. Autorul descrie Conflictul Electra, acela în care fetiţa se consideră deja castrată, deoarece nu posedă penis şi suferă de invidie datorită lipsei acestuia. Acesta favorizează dezvoltarea unui sentiment de ataşament puternic şi de iubire faţă de tată. În final, fetiţa se identifică cu mama ei. Din aceste identificări cu părintele de acelaşi sex, rezultă următoarele consecinţe: copilul adoptă rolul de gen ce va fi urmat în viaţă; adoptă standardele morale ale părinţilor, atitudinile, şi interdicţiile împreună cu standardele morale ale societăţii; astfel, se naşte Supraeul. Fixaţia constă în nerezolvarea adecvată a conflictelor datorită unei abordări fără tact a părinţilor, iar acestea vor continua să se manifeste şi în viaţa adultă. Fixaţia din acest stadiu de dezvoltare stă la baza majorităţii nevrozelor din perioada adultă.

După acest stadiu de dezvoltare urmează *perioada de latenţă* (de la şase ani la pubertate), care este o etapă de calm relativ şi în care libidoul este slab. În această perioadă se dezvoltă Eul, în special privind deprinderile sociale şi intelectuale.

- *stadiul genital* (pubertatea), în care modificările hormonale stimulează reapariţia libidoului, se intensifică interesul pentru plăcerea sexuală, se dezvoltă atitudinile şi trăirile sexuale adulte.

Diferiţi autori aduc o serie de obiecţii teoriei lui Freud. Dintre acestea menţionăm (Eysenck şi Wilson, 1973): folosirea unui eşantion limitat, format din adulţi care suferă de anumite tulburări de natură psihologică; folosirea metodei studiului de caz şi notarea selectivă a problemelor pacienţilor; procesele descrie nu pot fi observate în mod direct, deducţiile referitoare la comportamentul uman fiind deschise unei explicaţii alternative; supraevaluarea factorilor biologici implicaţi în dezvoltarea personalităţii; teoria nu este capabilă să prezică dezvoltarea socială a individului, ea poate fi utilizată pentru a explica ceva după producerea evenimentului; ambiguitatea multor concepte şi dificultăţi în măsurarea lor obiectivă.

Teoria elaborată de Freud este apreciată pentru faptul că ea oferă o interpretare coerentă a comportamentului uman, pentru modul de gândire original şi ideile stimulatoare cuprinse.

Freud a avut mulţi adepţi, dintre aceştia ne vom referi la aspectele importante ale teoriilor lui C. G. Jung, A. Adler, E. Erikcson.

Teoria psihanalitică a lui C. G. Jung extinde conceptualizarea freudiană a inconştientului, propunând existenţa unui *inconştinet colectiv.* Autorul consideră că aşa cum organismul uman conţine structuri vechi ce au aparţinut strămoşilor şi psihicul conţine amintiri ale experienţei umane. Inconştientul colectiv nu este direct accesibil, dar este revelat prin mituri, simboluri artistice create de diferitele culturi.

Acesta conţine arhetipuri, simboluri universale care revin frecvent în artă, literatură religie (de ex., Dumnezeu, Învierea, eroii din legende, vârstnicii etc.). În concepţia autorului, libidoul este în esenţă, mai degrabă, spiritual decât sexual.
Jung consideră că în dezvoltarea în personalităţii un rol important îl au factorii externi. El susţine că dezvoltarea personalităţii se realizează de-a lungul întregii vieţi şi nu este determinată de experienţa din perioada copilăriei timpurii. Autorul realizează o tipologie a personalităţii: tipul de temperament introvert (centrat pe sine însuşi) şi extravert (centrat pe lumea exterioară).
Teoria psihanalitică a lui A. Adler, care susţine faptul că cea mai importantă pulsiune umană este *nevoia de putere* şi *de superioritate.* Fără a nega existenţa motivelor inconştiente, pentru autor motivaţia apare ca fiind conştientă.
Teoria psihanalitică a lui E. Erikson (1959). Autorul consideră că Freud exagerează rolul pe care îl are sexualitatea în determinarea personalităţii, neglijând importanţa forţelor sociale care influenţează dezvoltarea. El acordă atenţie dezvoltării Ego-ului, considerând că acesta este capabil să reacţioneze independent de impulsurile instinctuale şi de conflictele interne cu Id-ul şi Superegou-ul. În condiţiile existenţei unui mediu adecvat, Ego-ul poate realiza un echilibru satisfăcător între influenţele sociale şi forţele interne.
Ca şi Freud, Erikson consideră că individul în fiecare etapă a vieţii achiziţionează aspecte noi ale psihosocialului şi se confruntă cu o serie de crize care trebuie să fie rezolvate în vederea dezvoltării unei personalităţi sănătoase. Aceste crize apar din conflictul dintre posibilităţile de relaţionare ale persoanei şi solicitările mediului social. În orice moment al dezvoltării, personalitatea este un produs al modului în care au fost rezolvate aceste conflicte. Nivelul de succes la care sunt rezolvate fiecare dintre conflicte va determina starea de bine din punctul de vedere psihologic al individului pentru un anumit moment. În teoria lui Erikson, conflictele sunt centrate pe relaţiile individului cu alţi membri. Problemele psihologice apar atunci când individul este insuficient pregătit pentru a face faţă diferitelor exigenţe ale societăţii.
El susţine existenţa unor stadii psihosociale (nu psihosexuale ca Freud) pe care individul le parcurge în timpul vieţii sale. În opoziţie cu Freud, care accentua importanţa anilor copilăriei pentru viitoarea personalitate, Erikson a considerat că aceste stadii ale dezvoltării acoperă întreaga viaţă a individului, în fiecare dintre acestea individul confruntându-se cu un anumit set de probleme şi de conflicte:
- *infantil* (0-1 an) are la bază conflictul *încredere-neîncredere* (existenţa satisfacţiei şi confortului va conduce la dezvoltarea unei atitudini încrezătoare faţă de mediu şi speranţă în viitor);
- *copilăria mică* (1-3 ani) are la bază conflictul *autonomie-îndoilală, dependenţă* (provocările fizice înfruntate pot susţine încrederea sau dimpotrivă, incapacitatea);
- *copilăria mijlocie* (3-6 ani) are la bază conflictul între *iniţiativă-vinovăţie, retragere* (asumarea de responsabilităţi poate conduce la dezvoltarea simţului de iniţiativă sau de vinovăţie dacă acestea nu sunt îndeplinite, finalizate corespunzător);
- *copilăria mare* (6-12 ani) are la bază conflictul *siguranţă, eficienţă-inferioritate* (înfruntarea de noi provocări poate conduce la creşterea efortului pentru depăşirea lor sau poate dezvolta un sentiment de incapacitate, incompetenţă);
- *adolescenţa* (12-18/20 ani), constituie momentul în care trebuie rezolvat conflictul *identificare-confuzia rolului* (noile şi diferitele roluri sociale, apartenenţa la grupuri

sociale diferite duce la dezvoltarea identităţii proprii, sau multitudinea de roluri poate duce la suprasolicitare);
- *tânărul adult* (20-30/35 ani) are la bază conflictul *intimitate-izolare* care se dezvoltă datorită frecvenţei relaţiilor cu alţii (capacitatea de a iubi - mutualitatea afectivă - şi de a răspunde angajamentelor faţă de ceilalţi sau relaţionarea superficială);
- *adultul* (35-50/60 ani) are la bază conflictul *realizare, creaţie-stagnare, rutină creatoare* (viaţa poate fi productivă, aduce contribuţii, responsabilitate sau este limitată, pasivă şi tendinţa de exagerare a preocupărilor faţă de sine);
- *bătrâneţea* (de la 60 de ani) are la bază conflictul *integritate-disperare* (satisfacţie pentru propria viaţă şi acceptarea morţii sau regrete pentru pierderea oportunităţilor şi teama de moarte)
Conform autorului rezolvarea conflictelor iniţiale este necesară pentru a asigura individului posibilitatea de a le stăpâni şi rezolva pe cele ulterioare.
Erikson consideră că stadiile psihosociale sunt universale, indiferent de cultura indivizilor.
Din perspectiva lui Erikson, criza centrală a întregii dezvoltări în timpul vieţii este conflictul între *identitate şi confuzia de rol*, conflict care apare în adolescenţă. Obiectivul principal al adolescentului în această perioadă este formarea unei *identităţii a Eului* sau simţul Sinelui. Conform autorului, identitatea Eului are trei componente principale: simţul unităţii (acordul între percepţiile sinelui); simţul continuităţii percepţiilor sinelui în timp; simţul reciprocităţii între propriile percepţii ale sinelui şi modul în care este perceput individul de către ceilalţi. Pentru a ajunge la un simţ clar şi coerent al identităţii, adolescenţii se implică în diferite roluri, fără a se angrena în mod concret în vreunul. Atitudinile şi valorile stabile, alegerea ocupaţiei, stilul de viaţă se integrează în mod gradual. Eşecul în dobândirea unei identităţi clare, durabile şi confortabile are ca rezultat difuziunea rolului, respectiv simţul confuziei dintre ceea ce doreşte şi cine este individul respectiv. Presiunile puternice din partea familiei sau societăţii pot determina dezorientarea şi disperarea tânărului, care au ca rezultat înstrăinarea fizică sau mintală de mediile normale. În cazurile extreme ale difuziunii rolului, tânărul poate adopta o identitate negativă. Erikson arată că femeile se dezvoltă diferit faţă de bărbaţi privind dezvoltarea identităţii. Acestea manifestă tendinţa de amânarea a dezvoltării identităţii până la găsirea partenerului de viaţă, care are un rol important în determinarea statutului lor.

Abordarea psihometrică

Acest mod de abordare reprezintă o orientare şi nu o teorie propriu-zisă a personalităţii. Abordarea din perspectiva trăsăturilor este legată de separarea diferitelor variabile ale personalităţii. Această abordare oferă puţine elemente în legătură cu dinamica personalităţii.

Modelul lui H. Eysenck (1979)
Autorul teoriei foloseşte metoda analizei factoriale a personalităţii şi încearcă să stabilească o legătură între rezultatele cercetărilor sale şi descrierile mai vechi ale temperamentului.

Concepţia trăsăturilor de personalitate, în care se înscrie şi cercetările lui Eysenck, arată că indivizii se distribuie statistic de-a lungul unei axe introversiune-extraversiune, majoritatea lor având tendinţe specifice acestei trăsături. A doua axă corespunde nevrozismului (stabil/instabil emoţional), desemnând la Eysenck atât instabilitatea emotivă, cât şi hiperactivitatea. Indivizii care manifestă un nivel ridicat al nevrozismului sunt: foarte anxioşi; se plâng de probleme diverse (digestie, dureri de cap); au o predispoziţie către tulburări nevrotice. El susţine că aceşti factori esenţiali ai personalităţii sunt moşteniţi.
Autorul a realizat un chestionar (Inventar de Personalitate Eysenck, EPI) care măsoară aceste trăsături. S-au constatat grupuri tipice de indivizi ce se repartizează pe axele introversiei şi nevrozismului: vânzătorii care sunt indivizi extravertiţi şi puţin emotivi; funcţionarii care sunt stabili (controlaţi) emoţional, sunt mai introvertiţi; indivizii anxioşi sau isterici sunt cei care au cele mai mari scoruri la nevrozism. Autorul a pus în relaţie factorii din teoria sa cu tipologiile mai vechi; a lui Hipocrate şi Galenus, care se bazează pe ideea unei predominanţe la fiecare individ a uneia din cele patru umori fundamentale (sângele, bila galbenă, flegma, bila neagră) pentru a da cele patru caractere: sangvinic, coleric, flegmatic şi melancolic. În tabelul de mai jos sunt prezentate principalele caracteristici ale tipurilor de personalitate evaluate de Chestionarul lui Eysenck.

INTROVERTIT	*NESTABIL*	EXTRAVERTIT
Morocănos Anxios Defensiv Pesimist Sobru Nesociabil Rezervat Liniştit		Iritabil Agitat Agresiv Excitabil Capricios Impulsiv Optimist Activ
	Melancolic	*Coleric*
Pasiv Prudent Meditativ Paşnic Controlat Serios Constant Calm	*Flegmatic*	*Sangvin* Sociabil Dezinvolt Autoritar Spontan Vorbăreţ Vesel Vioi Degajat Antrenant
	STABIL	

Teoria lui Eysenck are meritul de a face legătura dintre personalitatea normală şi cea patologică.
Teoria este criticată pentru numărul redus de factori de personalitate, aceasta fiind considerată ca fiind mult mai complexă.

Modelul lui R. B. Cattell (1965)
Autorul cercetează personalitatea folosind asemănător lui Eysenck metoda analizei factoriale. Conform lui Cattell factorii de personalitate sunt de două categorii: interni şi externi. Cei externi formează personalitatea aparentă (acele trăsături care sunt posibil de observat de către ceilalţi). Factorii interni se află dedesubtul celor externi şi formează baza personalităţii. Autorul găseşte un număr de 16 factori interni esenţiali, pe baza cărora se poate realiza un profil al personalităţii indivizilor. El elaborează un Chestionar de personalitate (16 PF), care evaluează următoarele dimensiuni ale personalităţii: rezervat-sociabil; mai puţin inteligent-inteligent; sentimental-stabil emoţional; docil-autoritar; serios-nonşalant; expeditiv-conştiincios; timid-aventuros; dur-sensibil; încrezător-suspicios; practic-fantezist; direct-viclean sigur de sine-anxios; conservator-îngrijorat; dependent de grup-autonom; necontrolat-controlat; relaxat-încordat.
Teoria este criticată pentru faptul că tratează personalitatea ca pe un element prea static, nu ţine seama de variabilitatea comportamentului uman în diferite situaţii, nu ţine seama de faptul că oamenii se maturizează psihologic.

Modelul celor cinci factori al lui McGrae şi Costa (1987)
Între cercetători sunt controverse privind numărul factorilor de bază ai personalităţii. Soluţia reprezentată de dimensiunea a unui număr de *cinci factori de personalitate* constituie un consens între diverşi specialişti. McGrae şi Costa (1987) folosind analiza factorială asupra datelor obţinute cu ajutorul unor metode de evaluare diferite, găsesc în mod constant manifestarea următorilor factori de personalitate şi a trăsăturile lor reprezentative:
neuroticism: calm-îngrijorat; rezistent-vulnerabil; sigur-nesigur;
extraversiune: retras-sociabil; tăcut-vorbăreţ; inhibat-spontan;
deschidere: convenţional-original; temător-îndrăzneţ; conservator-liberal;
amabilitate: iritabil-amabil; insensibil-sensibil; egoist-altruist;
conştiinciozitate: nepăsător-grijuliu; neserios-de încredere; neglijent-conştiincios.

Abordarea umanistă

Psihologii umanişti consideră că obiectul de studiu al psihologiei ar trebui să fie *experienţa conştientă*, subiectivă a individului. Ei pun accentul pe unicitatea fiinţelor umane, pe libertatea lor de a-şi alege propriul destin. Teoria consideră că oamenii sunt orientaţi pentru atingerea propriului lor potenţial, a maximului dezvoltării personale, în cadrul propriilor limite. Printre cei mai importanţi exponenţi ai abordării umaniste a personalităţii sunt A. Maslow şi C. Rogers.

Teoria ierarhiei nevoilor a lui Maslow.
În studiul personalităţii Maslow (1954) este interesat în primul rând de motivele care îi impulsionează pe oameni. El consideră că există două tipuri de motivaţii: *datorate lipsei (de deficit)*, respectiv nevoia de reducere de tensiuni fiziologice cum sunt foamea, setea etc.; *datorate creşterii (de dezvoltare personală)*, care este legată de satisfacerea unor nevoi cum sunt cea de dragoste, de apreciere etc.

Studiind motivele persoanelor într-un număr mare de situaţii, Maslow arată că acestea au tendinţa de a se regăsi într-un pattern specific, care poate forma o ierarhie. În raport de importanţa trebuinţelor, „piramida" lui Maslow are cinci niveluri distincte: nevoi biologice fundamentale, de securitate, de apartenenţă la un
grup, de stimă şi statut social, de autorealizare. Nevoile de la baza ierarhiei (fiziologice) sunt cele mai presante, necesitând satisfacerea lor înaintea celor aflate la nivelul de vârf al ierarhiei. În opinia sa, nevoile cuprinse în această ierarhie sunt înnăscute şi prezente la toţi oamenii.
Conform autorului, motivaţia deficitară provine din nevoi primare, ca foamea, setea şi din nevoi psihologice, ca nevoia de securitate. Aceste nevoi creează o tensiune care trebuie redusă.
Creşterea sau dezvoltarea personală nu este esenţială pentru supravieţuire şi va avea loc numai în condiţiile satisfacerii nevoilor aflate la baza ierarhiei (cele fiziologice). Maslow consideră că apogeul satisfacerii nevoilor este reprezentat de motivele *realizării de sine* (autorealizare), care reprezintă nevoia persoanei de a-şi găsi împlinirea de sine şi de a-şi valorifica întregul său potenţial. Conform autorului numai 1% dintre oamenii sănătoşi ating satisfacerea nivelului superior al ierarhiei.
Modelul teoretic asupra motivaţiei propus de Maslow cunoaşte o serie de critici (E. Jantsch (1975; M. Maruyama, 1973) legate de aspectul lui static, ordinea secvenţială de satisfacere a trebuinţelor, caracterul lui cultural limitat. C. Mamali (1981), de asemenea, critică modelul teoretic al lui Maslow, subliniind caracterul lui static şi unideterminat.

Teoria lui C. Rogers (1959)
C. Rogers susţine că fiecare persoană este unică şi are o nevoie bazală, primară, de *imagine pozitivă*, respectiv de respectul şi admiraţia celorlalţi. În opinia sa, toţi oamenii se nasc cu o *tendinţă spre realizarea de sine*. În centrul teoriei lui Rogers se află c*onceptul de sine (perceput şi ideal)*, de perspectivă asupra persoanei, care este dobândit în cursul experienţei de viaţă a persoanei, prin intermediul tuturor percepţiilor, valorilor şi atitudinilor care se constituie ca *eu*. S*inele perceput* influenţează modul în care persoana percepe lumea şi propriul său comportament. *Sinele ideal* reprezintă percepţia modului în care individul ar dori sau ar trebui să fie.
Rogers consideră că o parte a personalităţii umane se manifestă prin dorinţa continuă spre creştere şi dezvoltare. În acest sens, autorul susţine faptul că fiinţele umane au o necesitate fundamentală de *autoactualizare,* de a-şi dezvolta şi realiza potenţialul propriu cât mai mult posibil. Pentru Rogers, forţa motivaţională majoră este această tendinţă de realizare. Pentru că această necesitate este foarte importantă, Rogers susţine că persoana evaluează prin prisma ei toate experienţele de viaţă. Experienţele care încurajează dezvoltarea sunt percepute ca pozitive sau utile, iar cele care împiedică autoactualizarea sunt percepute ca negative sau neplăcute. Deoarece fiecare persoană are capacităţi şi tendinţe diferite, aceasta îşi elaborează propriul set de valori specifice, care pot să nu fie identice, dar care sunt, deseori, apropiate cu ale altora.
O altă necesitate a personalităţii evidenţiată de Rogers este *nevoia de preţuire.* În
acest sens, autorul susţine că orice persoană are nevoie să fie preţuită de alţii, nevoie care se manifestă prin dragoste, afecţiune sau respect. Această necesitate, în unele

cazuri, poate deveni atât de importantă, încât să interfereze cu nevoia de actualizare; în aceste condiţii, persoana începe să aibă probleme.
În general, cei din jur au tendinţa de a condiţiona preţuirea de un comportament adecvat. Fiecare persoană cunoaşte care sunt tipurile de comportament care pot câştiga preţuirea celorlalţi. Ideile persoanei în relaţie cu preţuirea sunt denumite *condiţii de valorizare*, ele fiind foarte importante în ghidarea comportamentului individual spre tipurile de comportament aprobate de societate. Dacă condiţiile de valorizare impun persoanei să acţioneze pe căi opuse comportamentului de autoactualizare, dar apreciate pozitiv de către aceasta, apare ameninţarea realizării nevoii respective (de autoactualizare). Această ameninţare conduce la anxietate, deoarece persoana devine conştientă de lipsa de concordanţă dintre acţiunile şi valorile sale. Conform autorului, datorită ameninţării produse de această neconcordanţă, persoana dezvoltă mecanisme de apărare: *negarea* (refuzul admiterii existenţei discordanţei); *distorsionarea* (falsificarea sau modificarea amintirii sau experienţei neplăcute pentru ca aceasta să devenă mai puţin ameninţare). Aceste mecanisme au scopul de a proteja Sinele de confruntarea cu situaţia reală. Dezvoltarea unei personalităţi sănătoase presupune inexistenţa conflictelor între condiţiile de valorare şi dorinţa de autoactualizare.
Autorul şi colaboratorii şi-au adus contribuţia în domeniul elaborării de metode de evaluare (de exemplu, *Inventarul orientării personale* destinat evaluării realizării de sine) şi cercetării psihoterapeutice.
Criticele aduse teoriei se referă la terminologia neclar definită, accentuarea stării de bine a individului.

Teoria constructelor personale a lui Kelly (1955)
Autorul teoriei consideră că scopul psihologiei trebuie să fie descoperirea acelor dimensiuni pe care persoanele în cauză le folosesc pentru a interpreta sau pentru a explica aspecte legate de ele însele sau de lumea lor socială. Kelly denumeşte aceste dimensiuni *constructe persoanle* ale individului, care constituie unitatea de bază a analizei.
Conform autorului, indivizii trebuie văzuţi ca oameni de ştiinţă care observă lumea, formulează şi testează ipoteze. Indivizii analizează comportamente, clasifică, interpretează evaluează aspecte legate de ei înşişi şi de lumea lor. Aceştia pot elabora teorii false, credinţe care pot distorsiona felul în care evaluează evenimentele, persoanele sau pe ei înşişi.
Autorul teorie elaborează un instrument original de evidenţiere ale constructelor personale specifice unui individ: Testul Repertoriului de Constructe de rol (Rep Test).
Criticii arată că atât Kelly, cât şi Rogers şi-au elaborat teoriile pornind de la observaţii făcute pe studenţi relativ sănătoşi.

Teoriile unidimensionale ale personalităţii

Teoriile analizate mai sus, au încercat să descrie personalitatea ca un întreg şi să formuleze predicţii asupra comportamentului persoanelor. Teoriile unidimensionale se concentrează asupra rolului jucat de un anumit aspect al personalităţii în modelarea comportamentului:

Teoria nevoii de realizare a lui McClelland (1953)

Teoria cercetează influenţele care se manifestă asupra nevoii unei persoane de a obţine succes sau de a se situa la un nivel de excelenţă. Atkinson (1966) continuă studiile, adăugând o motivaţie asociată-teama de eşec.

Teoria locul controlului a lui Rotter (1954)

Cercetările lui Rotter s-au concentrat asupra măsurii în care o persoană se percepe ca fiind capabilă să-şi controleze propria viaţă (control intern) sau, dimpotrivă, atribuie aceasta unor factori precum noroc, soarta, altor persoane etc. (control extern). Rotter (1966) a sugerat că există diferenţe între comportamentele oamenilor în raport de percepţia locului de control. Variabila se referă la convingerile, atitudinile indivizilor privind localizarea factorilor care controlează comportamentul, conturându-se ca o caracteristică de personalitate globală şi relativ stabilă. Acesta se referă la localizarea controlului evenimentelor: în interiorul persoanei sau în evenimentele externe. Dacă persoana are locul de control interior va fi înclinată să considere că ceea ce i se întâmplă este rezultatul propriilor eforturi. Dacă persoana are locul de control exterior va fi înclinată să perceapă că ceea ce i se întâmplă este consecinţa norocului, a situaţiei sau a unor factori fără legătură cu ea.

Pornind de la teoria nevoii de realizare (Atkinson, 1966), Rotter elaborează o scală de atitudini (Locus of Control Scale) prin care distinge persoanele care explică întăririle primite fie ca urmare a acţiunilor lor, ca fiind dependente de propriul lor comportament (control intern), fie de factori situaţi dincolo de propriul comportament (control extern). Este vorba despre explicaţiile (atribuirile) oferite de indivizi pentru a explica sursele, cauzele succesului şi eşecului. Persoanele care se consideră capabile de a exercita control asupra a ceea ce se întâmplă, vor căuta modalităţi de a face faţă evenimentelor neplăcute, sau vor încerca reducerea efectelor negative datorită producerii evenimentului. Aceste persoane rezistă, în general, mai bine la evenimentelor stresante faţă de cele cu un locul de control extern, care acceptă ceea ce li se întâmplă fără a încerca să acţioneze pentru a schimba desfăşurarea lor. De asemenea, s-a constatat că pierderea controlului este stresantă.

Diferenţele individuale privind controlul se manifestă la următoarele niveluri: cognitiv (convingere privind posibilitatea de a exercita control asupra evenimentelor); preferenţial (nevoia controlului); comportamental (efortul depus pentru obţinerea controlului). Conceptul locul de control a fost relaţionat de către Rotter cu alte variabile ale personalităţii: alienarea, autonomia, competenţa, nevoia de succes.

Dezvoltarea tendinţei (interne sau externe) a locului controlului este considerată de autor ca depinzând de situaţiile obiective şi de tipul de cultură şi societate.

Teoria auto-eficienţei (self-efficacy) a lui Bandura (1977)

Bandura introduce în cercetare conceptul de auto-eficienţă care a fost pus în legătură cu teoria aşteptării şi motivaţia. Conştiinţa propriei eficienţe este legată de simţul competenţei proprii. Persoanele care au conştiinţa propriei eficienţe vor investi un efort mai mare pentru realizarea unei sarcini, faţă de cele care se autoapreciază mai scăzut din acest punct de vedere. Persoanele care au convingerea propriilor capacităţi sunt mai tenace şi depun mai mult efort în activitate (de ex. activitatea sportivă; Weinberg, Gould şi Jackson 1979).

Locul de control şi conştiinţa propriei eficienţe sunt legate de cauzele pe care persoanele le *atribuie evenimentelor*. Problema *atribuirii*, se referă la motivele prin care sunt explicate de ce se întâmplă anumite lucruri. Este apreciat faptul că tipurile de atribuiri făcute sunt importante în motivarea acţiunilor umane. Există mai multe stiluri atribuţionale care pot motiva acţiunile persoanelor.
Seligman (1975) a identificat un *stil atribuţional depresiv*: persoanele care optează întotdeauna pentru o analiză negativă a lucrurilor. Acest stil atribuţional depresiv determină persoana să simtă cu nu are puterea de a influenţa evenimentele. Autorul consideră că acest stil similar *neajutorării dobândite*, care se manifestă la animalele aflate într-o situaţie în care sunt lipsite de puterea de a preveni consecinţele neplăcute. Chiar atunci când condiţiile se modifică şi neplăcerile pot fi împiedicate, acestea nu dezvoltă o reacţie nouă. Victimele unor abuzuri fizice sau psihice de durată pot învăţa să adopte, uneori, un set de comportamente care se aseamănă cu neajutorarea dobândită. Lipsa de control asupra situaţiilor este percepută ca un factor important care determină persoanele să manifeste pasivitate la producerea evenimentelor (de exemplu, moartea unei persoane apropiate, violurile, furturile, certurile).

Teoria personalităţii de tip A a lui Friednman şi Rosenman (1974)
Teoria cercetează un tip particular de comportament şi consecinţele acestuia. Tipul A de comportament se caracterizează prin nerăbdare, agresivitate, competitivitate şi un sentiment de urgenţă permanentă. Multe studii au evidenţiat legătura dintre acest tip de comportament şi afecţiunile coronariene.

Structura personalităţii

În accepţiunea clasică personalitatea este alcătuită din trei componente structurale: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalităţii); aptitudinile (sistemul instrumental-operaţional); caracterul (sistemul de atitudini şi trăsături volitive).

Temperamentul
Temperamentul este latura dinamico-energetică înnăscută a personalităţii. Temperamentul se observă în manifestări ale comportamentului persoanei: în mişcare (promptitudinea, intensitatea şi durata răspunsurilor la stimuli şi solicitări, rapiditatea acţiunilor etc.), în vorbire, în gestică. Se referă la modul cum reacţionează persoana din această perspectivă în diferite situaţii: viteza de desfăşurare a proceselor psihice (rapiditatea percepţiilor, a reacţiilor motorii, a răspunsurilor verbale. De asemenea, se referă la intensitatea şi durata trăirilor emoţionale; rezistenţa la efort, la stres; echilibrul şi dinamica proceselor afective; orientarea spre lumea externă (extraversie) sau spre cea interioară (introversie). Este în strânsă legătură cu instinctele şi afectivitatea dar şi cu activitatea sistemului neuro-endocrin.

Temperamentul se referă la aspectul formal al personalităţii, nu la aceea a conţinutului, el este bazal, nespecific, neutru faţă de valorile sociale şi morale; acelaşi temperament poate exista la tipuri de personalitate diferite şi în condiţii diferite de evoluţie a acesteia. In fiecare categorie de temperament se pot întâlni atât debili

mintali, cât şi inteligenţe de vârf, persoane creative şi necreative, morale dar şi amorale.
Diferite fapte de conduită (o situaţie de aşteptare, o situaţie competiţională, o activitate care implică un eveniment imprevizibil sau de o anumită dificultate) antrenează din plin activitatea sistemului nervos şi pot furniza date importante în legătură cu temperamentul persoanei confruntate cu acele situaţii.
Trăsăturile temperamentale au o mare importanţă în cadrul relaţiilor intrepersonale, ele asigurând atracţiile sau respingerile dintre indivizi.
În funcţie de concepţiile din perspectiva cărora au fost abordate şi definite, au fost elaborate diferite tipologii ale temperamentului. Acestea vor fi discutate în partea finală a capitolului.
Din punct de vedere biomedical are importanţă tipul de temperament care manifestă rezistenţă la eforturi şi stresuri şi cel care are gradul cel mai ridicat de predispunere la anumite tulburări organice sau psihice.

Aptitudinile

Acestea sunt sisteme operaţionale psiho-fizice, constituind latura instrumentală şi executivă a personalităţii. Aptitudinile se referă la potenţialul instrumental -adaptativ care permite individului realizarea într-un anumit domeniu de activitate a unei performanţe superioare mediei comune (M. Golu, 2002). Valoarea aptitudinilor trebuie pusă în legătură directă cu însuşirea operaţiilor în cadrul realizării unei sarcini sau activităţi, cu performanţa şi eficienţa desfăşurării unei activităţi. Nivelul de dezvoltare a aptitudinilor asigură competenţa într-un anumit domeniu de activitate. Pentru evaluarea cantitativă a performanţei se folosesc indicatori cum sunt: volumul sarcinilor realizate, timpul necesar realizării unei sarcini, intensitatea efortului depus etc. Pentru evaluarea calităţii performanţei se folosesc indicatori cum sunt: complexitatea sarcinii, originalitatea produsului realizat, gradul de utilitate a produsului etc.

Aptitudinile se manifestă precoce, câştigând continuu în calitatea performanţei prin intermediul antrenamentului. Ele se formează în ontogeneză (până în jurul vârstei de 9-10 ani sunt nediferenţiate, precizându-se treptat; fac excepţie aptitudinile pentru muzică şi desen). Aptitudinile se dezvoltă în funcţie de o serie de factori: condiţiile favorabile de mediu, instrucţie şi educaţie, ocupaţie. Ele au la bază anumite premise native: tip de personalitate, particularităţi ale analizatorilor, inteligenţa, dispoziţii preoperaţionale etc.) Acestea au un caracter generic, putând intra în structura unor aptitudini diferite. Ereditatea sau dispoziţiile individuale native constituie numai una din condiţiile procesului complex de formare a aptitudinilor. Pentru ca ele să se formeze şi să se dezvolte este necesară o activitate intensă, organizată în domeniul respectiv, de însuşire a unor cunoştinţe şi deprinderi adecvate.

În structura personalităţii, aptitudinile se organizează într-un complex ierarhizat şi întotdeauna original, există o structurare, o combinare particulară a lor, ce asigură o diferenţiere individuală. Orice însuşire sau proces psihic (memoria, spiritul d observaţie etc.) privit din punct de vedere al eficienţei devine aptitudine (I. Radu şi colab., 1991).

Clasificarea aptitudinilor se poate face după mai multe criterii (complexitate, specificitate etc.).

În raport de criteriul *complexităţii* aptitudinile pot fi grupate în:

a) *aptitudini simple* sau elementare: acuităţi vizuale, tactile, olfactive, vedere în spaţiu, simţul ritmului, reprezentarea obiectelor, proprietăţi ale memoriei. Acestea asigură realizarea diverselor acţiuni şi condiţionează eficienţa în anumite activităţi.

b) *aptitudini complexe*: sunt aptitudini care asigură eficienţa într-un anumit domeniu de activitatea (de exemplu, aptitudinile tehnice).

În raport de criteriul *solicitării şi implicării în activitate* aptitudinile pot fi grupate în:

- *aptitudini generale*: sunt acele aptitudini care sunt solicitate în toate formele de activitate, asigurând o adaptare satisfăcătoare în condiţii de mediu diverse. Ele cuprind aptitudinile senzorio-motorii şi intelectuale. Aptitudinile sensorio-motorii sunt implicate în discriminarea, identificarea obiectelor şi în efectuarea unor acţiuni asupra lor pentru satisfacerea anumitor nevoi. Acestea sunt determinate de caracteristicile analizatorilor (acuitatea senzorială, pragurile sensibilităţii, capacitatea de procesare şi fixare a informaţiilor) şi ale aparatelor motorii (forţă, viteză, precizie). Aptitudinile intelectuale cuprind procese psihice implicate în toate formele de activitate: spiritul de observaţie, memoria, inteligenţa, imaginaţia etc. *Inteligenţa* ocupă un loc aparte între aptitudini. Ea reprezintă capacitatea de adaptare, de înţelegere a problemelor şi fenomenelor noi, de sesizare a esenţialului, de a identifica şi stabili relaţii între obiecte şi fenomene;
- *aptitudini speciale*: sunt cele care mijlocesc eficienţa activităţii în anumite domenii de activitate. Au la bază factori specifici ai analizatorilor (vizual, auditiv), calitatea reprezentărilor, calităţi ale memoriei (formelor, verbală, numerică) calitatea imaginaţiei. Diferenţierea lor se face în raport de genul activităţii în care acestea se manifestă: artistice (literatură, muzică, pictură, teatru etc.), ştiinţifice (matematică, fizică, biologie etc.), tehnice (proiectare, producerea de sisteme tehnice etc.), sportive (atletism, gimnastică, jocul cu mingea etc.), manageriale (organizare, conducere etc.).

În general, orice activitate desfăşurată implică aptitudini generale şi speciale. Astfel, se poate vorbi despre: aptitudinea de învăţare (care presupune formarea rapidă a asociaţiilor, originalitatea raţionamentelor); aptitudinea matematică (care presupune flexibilitatea gândirii, capacitatea de generalizare, capacitate de comutare rapidă a raţionamentelor); aptitudinea pedagogică (care presupune capacitatea de a face conţinuturile şcolare accesibile celor ce învaţă, capacitate de cunoaştere şi înţelegere a celor ce învaţă, capacitate de exprimare clară, capacitate de organizare, interes de ceea ce este nou, vocabular bogat etc.).

Talentul reprezintă combinarea originală a unor aptitudini care asigură realizarea unei activităţi creatoare. Performanţele talentului se referă la coordonatele unei anumite epoci, contribuind la îmbogăţirea valorilor acesteia.

Geniul reprezintă forma cea mai elevată de structurare a sistemului de aptitudini. Performanţele geniului creează o epocă nouă într-un domeniu sau mai multe, punând bazele unui nou mod de gândire, a unui nou stil etc. (M. Golu, 2002)

Există posibilitatea de compensare a aptitudinilor prin intervenţia altor factori de personalitate, cum sunt motivaţia, atitudinea, conştiinciozitatea, efortul de voinţă.

Evaluarea aptitudinilor se realizează prin măsurarea performanţelor în îndeplinirea sarcinilor. Principalele caracteristici evaluate sunt: calitatea şi rapiditatea execuţiei, uşurinţa formării de deprinderi (rapid, fără efort) etc.

Caracterul

Caracterul (gr. Charakter = semn, marcă) reprezintă latura relaţional valorică a personalităţii. Este parte integrantă din structura persoanei, este dobândit. În descrierea caracterului unei persoane, ne desprindem de elementul eredo-constituţional şi ne adresăm conştiinţei axiologice a persoanei.

În sens larg, caracterul este modul de organizare a profilului psiho-social al personalităţii, considerat din perspectiva unor norme şi criterii valorice. El cuprinde concepţia generală despre lume şi viaţă a persoanei, convingerile şi sentimentele social-morale, aspiraţiile şi idealurile.

În sens restrâns, caracterul desemnează un ansamblu închegat de atitudini, care determină un mod relativ stabil de orientare şi raportare a omului la ceilalţi, la societate, la sine însuşi (M. Golu, 2002).

În literatură deosebim mai multe sensuri ale noţiunii de caracter:

- în sens de *"caracteristic"*, se referă la "monograma" individului, la anumite particularităţi, la stilul de viaţă al unei persoane;

- în sens *etic* (concordanţa sau discordanţa lui cu normele, principiile, modelele morale proprii societăţii), se referă la valoarea, la simţul moral (înseamnă că persoana are spirit de dreptate, fermitate, este energică, hotărâtă, principială etc.). Poate avea şi sens negativ: inconstant în conduită, indecis, slab, încalcă normele morale ale societăţii etc.;

- în sens *psihologic*, se referă la particularităţile specifice prin care o persoană se deosebeşte de alta prin semnele caracteristice ale unei individualităţi, care-i determină modul de manifestare sau de conduită, stilul de reacţie faţă de evenimentele trăite. Este vorba de unele particularităţi esenţiale, permanente care-şi pun amprenta pe faptele sale, pe conduita sa, particularităţi care formează un tot organic bine structurat în care părţile constitutive sunt în strânse raporturi reciproce.

Caracterul se manifestă numai în situaţiile de natură socială, el se structurează în interacţiunea individului cu mediul social. În formarea caracterului primează mediul social şi educaţia primită de copil de la o vârstă cât mai timpurie. Individul îşi structurează un anumit mod de raportare şi reacţie la situaţiile sociale, respectiv un anumit profil al caracterului, pe baza unor transformări în plan cognitiv, afectiv, motivaţional şi volitiv a ceea ce este semnificativ pentru el în situaţii, experienţe sociale. Modul de raportare şi reacţie la situaţii este determinat de interacţiunea nevoilor interne ale individului faţă de societate şi a solicitărilor externe, cerute de societate. Din această perspectivă, individul se poate afla în una dintre următoarele situaţii: de concordanţă cu societatea, de concordanţă parţială, de respingere reciprocă.

Structura caracterului

Caracterul rezultă din interacţiunea elementelor de natură cognitivă (concepte, reprezentări, judecăţi), afectivă (emoţii, sentimente), motivaţională (trebuinţe, interese, idealuri), voliţională (însuşiri, trăsături), care au rol în raportarea individului la ceilalţi sau la societate. În structura caracterului ponderea acestor tipuri de comportament diferă de la un individ la altul: predominarea motivaţiei personale va determina ca trăsătura „egoist" să fie mai puternică decât aceea de „altruist"; predominarea componentei afective pozitive va determina ca trăsătura de „cald" să fie mai puternică

decât cea de „rece”; predominarea componentei cognitive va determina ca trăsătura „prudent” să fie mai puternică decât cea de „voluntar”.

Structura caracterului are o anumită stabilitate, astfel că unei persoane cunoscute i se poate prevedea comportamentul în diverse situaţii sociale. Comparativ cu celelalte componente ale personalităţii (de exemplu, temperamentul), această stabilitate este de nivel mai scăzut, caracterul putându-se modifica de-a lungul vieţii. Având rolul de mediere şi de reglare a raporturilor persoanei cu situaţiile sociale caracterizate printr-o variabilitate ridicată, structura caracterului trebuie să dispună de o anumită flexibilitate care să-i asigure posibilitatea ajustării, reorganizării şi adaptării la schimbarea criteriilor valorice din anumite contexte relaţionale.

Evaluarea structurii caracterului se realizează prin intermediul *trăsăturilor* Acestea sunt definite ca structuri psihice care asigură constanţa comportamentului unei persoane în diverse situaţii. Trăsătura de caracter este proprie unei persoane atunci când aceasta s-a manifestat în acelaşi mod în mai multe situaţii. În atribuirea şi evaluarea lor nu există un anumit etalon standard, acestea fiind realizate prin descrierea comportamentului observabil şi compararea interindividuală. Trăsăturile de caracter au o dinamică polară: harnic-leneş, curajos-laş, egoist-altruist etc.

Trăsăturile de caracter sunt specifice sau unice, fiecare om avându-şi modul său particular de a se manifesta.

În psihologia populară, referitor la trăsăturile sufleteşti, de conduită întâlnim expresii care se referă la diverse însuşiri caracteriale: tenace, înţelept, răbdător, sever, chibzuit, aspru, ambiţios, perseverent, certăreţ, darnic, zgârcit, bun, lacom, rău etc. Unele dintre aceste trăsături sunt încărcate de afectivitate (iertător, tolerant, abuzează etc.); altele au dominanţă voluntară (perseverent, ambiţios etc.).

În acest context, G. Allport (1981) împarte trăsăturile de personalitate în *comune*, care asigură comparaţii între persoane şi *individuale*, care diferenţiază persoanele. Trăsăturile individuale sunt de mai mute tipuri: *cardinale* (în număr de una sau două), care le controlează şi domină pe celelalte, au semnificaţie înaltă pentru individ; *principale* (în număr de 10-15), care se manifestă într-o gamă largă de situaţii şi sunt caracteristice unui individ; *secundare* şi de fond (sute, mii), care sunt slab exprimate, uneori negate şi de persoană. Astfel, profilul moral nu este o însumare de atitudini sau trăsături, ci apare ca o ierarhizare de trăsături dominante şi secundare (ex., spunem despre cineva că este sever, dar şi mândru, demn, darnic).

Trăsăturile de caracter se formează şi individualizează pe fondul interacţiunii conţinuturilor diferitelor procese psihice (cognitive, afective, motivaţionale, voliţionale) care sunt valorizate de individ şi implicate în determinarea atitudinii acestuia faţă de realitatea socială (M. Golu, 2002). Sunt delimitate trăsăturile globale (care definesc sistemul caracterial în ansamblu) şi trăsăturile particulare (care definesc semnificaţia relaţional-socială a componentelor psihice, purtând amprenta componentei psihice).

Dintre *trăsăturile globale* ale caracterului sunt evidenţiate (M. Golu, 2002):

- *unitatea*, comportamentul persoanei păstrează o anumită constanţă şi identitate în condiţiile variabilităţii situaţiilor, o anumită stabilitate în orice circumstanţe;
- *pregnanţa*, indică gradul de consolidare şi intensitate a componentelor dominante;
- *originalitatea*, indică specificitatea şi individualitatea caracterului;

- *plasticitatea,* indică posibilitatea restructurării unor elemente în raport cu noile cerinţe impuse; astfel se asigură evoluţia caracterului şi autoreglajul eficient (din această perspectivă se disting caractere conservatoare, rigide; caractere mobile şi caractere labile, la cer predomină instabilitatea, oscilaţia);
- *stabilitatea scopului*, indică gradul de integrare şi ierarhizare a motivelor care asigură orientarea generală a persoanei;
- *integritatea* (tăria), indică rezistenţa caracterului la influenţele negative, contrare convingerilor, rezistenţa la diverse tentaţii;
Mai pot fi evidenţiate trăsături ale caracterului cum sunt:
- ierarhizarea atitudinilor şi trăsăturilor (dominante, secundare):
- expresivitatea, nota distinctivă faţă de alţii prin modul diferit de dezvoltare şi îmbinare;
- bogăţia caracterului, multitudinea relaţiilor stabilite cu viaţa socială, muncă;
Fiecare individ se manifestă şi diferenţiază pe baza unor trăsături particulare. Acestea pot fi grupate după natura lor în următoarele categorii:
cognitive (obiectivitatea, spiritul critic şi opusul acestora);
afectivă (stabilitate emoţională-timiditate, sentimentalism);
motivaţională (avariţia, lăcomia şi opusele lor);
inter-subiectivă (spiritul de cooperare, de întrajutorare şi opusele lor);
morală (cinstea, demnitatea, modestia şi opusele lor);
voliţională (independenţa, perseverenţa, curajul, autocontrolul şi opusele lor) etc.

Trăsătura caracterială reprezintă poziţia, modul de raportare a persoanei faţă de evenimentele din jur. Astfel, atunci când vorbim de caracter ne referim, în primul rând, la un anumit fel de atitudini. Din punct de vedere funcţional, structura caracterului presupune existenţa informaţiilor de control (conexiune inversă) privind efectele comportamentelor adoptate. Între structura internă a caracterului şi comportament se implică *atitudinea*, respectiv poziţia internă adoptată de persoană faţă de situaţia în care se află, cu rolul de a stabili modul în care va acţiona.
Atitudinea reprezintă o modalitate de raportare la obiecte sau fenomene, prin care persoana se orientează selectiv şi se autoregleză preferenţial. Atitudinea este o poziţie faţă de ceva, manifestată printr-un mod specific de reacţie. Ea este o sinteză de trebuinţe, interese, convingeri, sentimente, judecăţi, mecanisme voluntare care nu sunt juxtapuse ci unificate, alcătuind o structură. Atitudinea conferă un anumit sens şi o anumită coloratură comportamentului.
Atitudinea este o componentă reprezentativă a caracterului în măsura în care aceasta are o semnificaţie valorică, este întemeiată pe convingeri puternice, se manifestă în mod constant, este profund interiorizată în structura personalităţii persoanei.
Atitudinea are o structură dinamică, un echilibru evolutiv; apariţia unor noi trebuinţe, aspiraţii poate conduce la modificarea atitudinii faţă de lume. Ea este dobândită prin influenţă socială şi experienţă personală. Nivelurile de stabilitate şi integrare ale atitudinii sunt diferite la indivizi diferiţi.
În structura atitudinilor desprindem următoarele componente:
- cognitivă, rezultă din perceperea şi conceptualizarea obiectului atitudinii (baza o constituie experienţa socială şi personală);
- afectivă, se referă la atracţia (simpatia) sau repulsia (respingerea) faţă de obiecte;
- acţională, se referă la tendinţa de a reacţiona în sensul apropierii sau depărtării;

- intenţională, se referă la decizii, hotărâri ale persoanei faţă de obiecte, situaţii.
Funcţiile principale ale atitudinilor sunt:
- de valorizare, exprimă nivelul interiorizării valorilor în structura personalităţii;
- de consistenţă şi convergenţă, măsura în care atitudinea este compatibilă cu modalităţile de acţiune;
- de integrare şi ordonare a existenţei persoanei în universul social şi subiectiv;
- de acceptare, conformare şi preferinţă socială, care confirmă indicatorii de consonanţă ai echilibrului comportamentului cu mediul;
- de actualizare şi satisfacere a diferitelor trebuinţe, manifestate ca stare de necesitate a personalităţii persoanei.
Atitudinile se pot manifesta prin: gest, postură, reacţie la un eveniment, ca opinie (atitudine exprimată verbal). Ele includ ceea ce oamenii gândesc, simt şi felul cum doresc să acţioneze în raport cu un obiect, dar şi ceea ce ei trebuie să facă (normele sociale), precum şi de consecinţele aşteptate ale comportamentului (recompense, pedepse).
Caracteristicile atitudinilor posibil de evaluat sunt:
- *direcţia*: orientarea pozitivă sau negativă, favorabilă sau nefavorabilă a relaţiei cu mediul;
- *intensitatea*: nivelul de acceptanţă, neacceptanţă;
- *centralitatea*: gradul de organizare al valenţelor persoană-mediu;
- *emergenţa*: gradul de necesitate al răspunsurilor la solicitările din mediu.
Între atitudine şi manifestarea ei externă (opinie, acţiune) nu există întotdeauna o concordanţă perfectă. Disocierea între planul intern al atitudinilor şi cel extern este realizată de un mecanism de reglare care este pus în acţiune de conştiinţă. Poate să se manifeste astfel fenomenul de dedublare, exprimat fie prin conformism (deşi atitudinea este de sens contrar aşteptării sociale, opinia sau acţiunea persoanei este de concordanţă), fie prin negativism (deşi atitudinea este în concordanţă cu solicitarea socială, opinia şi acţiunea sunt contrare fie din plăcerea de a contrazice, fie din dorinţa de a nu fi ca ceilalţi).
Atitudinile pot fi clasificate în raport de mai multe criterii:
A. *după obiectul de referinţă:*
- *atitudinile faţă de sine*, se referă la caracteristicile imaginii de sine elaborate pe baza evaluării celor din jur şi al autoevaluării. Sunt diferenţe între indivizi în raport
de gradul de autoevaluare: obiectivă, realistă (spirit autocritic, încredere în sine, modestie, demnitate personală, amor propriu, etc.), care asigură o adaptare adecvată la viaţa socială; supraestimare, care induce trăsături negative cum sunt: complex de superioritate, aroganţă, dispreţ; subestimare care induc trăsături de caracter nefavorabile persoanei: complex de inferioritate, neîncredere în sine, timiditate etc.
- *atitudinile faţă de ceilalţi* (prietenie, umanism, combativitate, sociabilitate, sinceritate, încredere în oameni etc. – sau – duşmănie, egoism, minciună, neîncredere, suspiciune etc.);
- *atitudinile faţă de societate*, concordanţa sau discordanţa faţă de norme, principii, etaloane morale; atitudinea faţă de diferitele instituţii; faţă de forma de organizare politică etc.;
- *atitudinile faţă de muncă*: hărnicie, conştiinciozitate, iniţiativă, disciplină etc. – sau – lene, lipsă de iniţiativă, indisciplină etc.;

B. *după trăsături voluntare de caracter*: curaj, hotărâre, dârzenie, tenacitate, stăpânire de sine, perseverenţă etc. – sau – laşitate, delăsare, renunţare etc.

Atitudinile şi calităţile valorice asociate lor sunt corelate, interdependente, organizate la nivel diferit întru-un sistem, sau o ierarhie.

Tipurile de personalitate

În psihologie, ca în orice ştiinţă, pentru a sprijini înţelegerea şi cuprinderea unei mari diversităţi de fenomene specifice personalităţii, acestea au fost grupate după anumite însuşiri asemănătoare în tipuri.

Metoda tipologică a stat la baza apariţiei biopsiho-tipologiei – care este în esenţă – ştiinţa care cercetează, pentru fiecare individ, relaţiile între structura corpului şi profilul psihologic. Valoarea tipologiei are un caracter orientativ. Tipul nu reprezintă un "prototip" al umanităţii, nu este un model exemplar. O anumită tipologie nu presupune o ierarhizare a tipurilor. Un individ poate fi caracterizat, în acelaşi timp, din perspectiva mai multor tipologii.

Pornind de la ideea că, deşi utilitatea încadrării individului într-un anumit tip are anumite limite, prezentăm câteva din cele mai cunoscute tipologii.

Tipologia lui Kretschmer

Pornind de la studierea unui eşantion de 4.000 de cazuri, psihiatrul german Ernst Kretschmer a remarcat că melancolicii si maniacalii sunt în general scunzi şi plini – pe când schizofrenii sunt distanţi, indiferenţi, cu un corp înalt şi slab. Observaţiile făcute au dus la formularea unei tipologii mixte, morfo-fizico-psihologice. Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale (numite şi biotipuri), cărora le corespund trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, "caracter" (psihotipuri).

- *tipul leptosom (biotip) – schizotim (psihotip),* este caracterizat prin predominarea dimensiunilor verticale: longilin, subţire, înalt, cu torace îngust, membre subţiri şi lungi, cu musculatura slab dezvoltată, cap mic, oval, nas lung şi ascuţit, iar ca psihotip este mai rece, mai distant, enigmatic, indiferent sau chiar ostil faţă de mediu, cu nuanţe de bizarerie. Se diferenţiază trei subtipuri – definite în plan psihologic prin anumite trăsături: *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat), *intermediar* (rece, energic, sistematic) şi *anestezic* (rece, nervos, solitar, indolent, obtuz, inaccesibil pasiunilor);
- *tipul atletic (biotip) – vâscos (psihotip),* este caracterizat printr-o formă piramidală a trunchiului cu baza mare în sus: solid, înalt, bine proporţionat, cu dezvoltare remarcabilă a scheletului şi a musculaturii, iar ca pshihotip este aparent liniştit, calm, dar cu reacţii explozive – de scurtcircuitare emoţională, adesea exagerate în raport cu stimulul declanşator.

Varianta premorbidă este epileptoidul, recunoscut pentru adezivitatea comportamentală şi pentru vâscozitatea cognitiv-afectivă;

- *tipul picnic (biotip) – ciclotim (psihotip)*, este brevilin, scund, îndesat, predomină dimensiunile orizontale, cu expansiunea unor cavităţi viscerale (craniu, torace, abdomen), aparat locomotor gracil, faţă rotundă, ten fin, tendinţă la acumulări adipoase. Ca psihotip este extravertit, volubil, sociabil, comunicativ, cu o mare mobilitate afectivă. Se descriu trei forme: hipomaniacal (vesel, mobil), sinton (realist,

practic, umorist) şi greoi (pasiv, submisiv, extravert). Dincolo de aceste repere încadrate în normalitate, Kretschmer descrie şi varianta premorbidã a picnicului – ciclotim – şi anume cicloidul (accentuarea labilităţii afective, cu oscilaţii de la polul depresiv la optimism, răspuns emoţional disproporţionat faţă de intensitatea stimulului). Psihoza maniaco-depresivă reprezintă modelul patologic de la observaţia căruia Kretschmer a descris, în sens invers, variantele normală şi premorbidă.

În afara acestor trei tipuri cu variante "normale", Kretschmer a descris si tipul *displastic*, submorbid sau chiar morbid – în strânsă legătură cu entităţi nozografice.

Prin tipologia elaborată, Kretschmer a preluat ideile hipocratice şi galenice (leptosomul corespunde cu tipul "ftizic", iar picnicul cu tipul "apoplectic") şi are meritul de a fi sesizat predispoziţia faţă de unele psihoze, sub rezerva că nu toţi cei care întrunesc criteriile descrise vor face bolile respective.

Tipologia lui Sheldon

Medic şi psiholog american, W.H. Sheldon – a elaborat o clasificare a tipurilor de personalitate bazată pe gradul de dezvoltare a ţesuturilor derivate din cele trei foiţe blastodermice: endoderm, mezoderm şi ectoderm. Sheldon a pornit în studiul său de la un număr impresionant de fotografii a unor studenţi şi a concluzionat că există trei structuri fizice de bază – pe care le-a denumit somatotipuri: endomorf (plin, rotund), mezomorf (musculos) şi ectomorf (subţire şi fragil). Studiind în paralel – pe o perioadă de cinci ani, temperamentul şi caracterul a 200 de voluntari bărbaţi, a formulat o serie de corelaţii între somatotipuri şi trăsăturile de personalitate. Cu ajutorul analizei factoriale – a descris 60 de trăsături de personalitate – pe care le-a repartizat în trei serii: viscerotonie, somatotonie şi cerebrotonie.

Tipurile descrise sunt următoarele:

- *tipul endomorf – visceroton*: rotund, extravertit, sociabil, tolerant, amabil, atras de confort şi "plăcerile vieţii", ataşat de familie şi de trecut;
- *tipul mezomorf – somatoton*: "viguros", extraertit, mai dur, chiar agresiv, curajos, dominator, atras de aventură;
- *tipul ectomorf – cerebroton*: "fragil", introvertit, egoist, nesigur pe sine, reţinut şi inhibat în comportament, înclinat spre activitatea simbolico-expresivă (creaţii artistice).

Sheldon a considerat că temperamentul este "amestecul" celor trei componente – viscerotonia, somatotonia si cerebrotonia, cu predominanţa uneia sau alteia.

Tipologia lui Pavlov

Având în vedere criteriile hormonale hipocratice, Pavlov realizează o tipologie bazată pe însuşirile de funcţionalitate a proceselor fundamentale (excitaţia şi inhibiţia) ale sistemului nervos: energia (forţa), echilibrul şi mobilitatea. Cele patru tipuri pavloviene corespund tipurilor stabilite de Hipocrate (coleric, sangvin, flegmatic şi melancolic).

- *tipul puternic, dezechilibrat* (corespunde colericului): este caracterizat din punct de vedere psihologic – prin rapiditatea mişcărilor, a expresiilor verbale, a proceselor intelectuale afective şi comportamentale, prin lipsă de stăpânire, explozivitate, impetuozitate; uneori poate fi tiranic, brutal;

- *tipul puternic, echilibrat, mobil*: corespunde sangvinicului şi se manifestă prin vioiciune în mişcări, adaptabilitate bună de situaţii noi, stăpânire de sine – jovial cu tendinţă la exagerare, satisfăcut de sine, cu capacitate de efort susţinut;

- *tipul puternic, echilibrat, inert* (corespunde flegmaticului): este caracterizat prin inerţia proceselor de excitaţie şi inhibiţie, are o dispoziţie egală, este calm, perseverent; prezintă încetineală în mişcări şi exprimare, mare stabilitate la nivelul deprinderilor şi stărilor afective, o anumită lentoare şi inerţie a conduitei, rezistenţă crescută la stimuli monotoni;

- *tipul slab* (corespunde melancolicului):

are un nivel crescut de inhibiţie a proceselor corticale, este caracterizat prin sensibilitate deosebită, lipsă de energie, rezistenţă scăzută la efort şi stres, stabilitate în manifestările afective, independenţa scăzută în acţiune; în general este plictisit, abătut, trist.

Deşi experimentele cercetărilor pavloviene au fost făcute pe animale, extrapolările la om au o valoare practică recunoscută.

Trebuie făcută precizarea că, în realitate, se întâlnesc foarte rar tipuri temperamentale pure, majoritatea oamenilor prezentând particularităţi ale mai multor tipuri.

Tipologia lui Jung

C. G. Jung – psiholog şi psihiatru elveţian, discipol şi prieten al lui Freud, a fondat o teorie proprie, numită "psihologie analitică". Tipologia lui porneşte de la orientarea mentală a individului spre lumea exterioară sau spre cea interioară:

- *tipul extravertit* - cuprinde indivizi înclinaţi spre lumea externă, către dinamismul vieţii practice, şi mai puţin spre viaţa interioară. Sunt oameni uşor adaptabili la exigenţele mediului, abili în munca, vioi, expansivi, cu o deosebită capacitate de a stăpâni situaţiile care le solicită interesul. Ei îşi bazează conduita şi planurile de viaţa aşa cum le sugerează circumstanţele externe, oamenii, condiţiile sociale în care trăiesc;

- *tipul introvertit* - cuprinde indivizi orientaţi către propria viaţă interioară, având tendinţa de a se izola faţă de lumea externă, de a se închide în sine, pentru a-şi elabora propriile idei şi a se găsi în permanent contact cu sentimentele lor. Sunt reflexivi, timizi, închişi în sine, puţin abili în desfăşurarea activităţilor externe, puţin capabili să înfrunte dificultăţile vieţii;

Între cele două tipuri nu există o demarcaţie netă, ireductibilă, ci existenţa lor se constată la fiecare om, doar cu observaţia că la unii predomină extraversiunea, iar la alţii introversiunea.

Tipologia lui Heymans, Wiersma, Le Senne

În prima jumătate a secolului XX, psihologii olandezi Heymans şi Wiersma au studiat 110 biografii ale unor personaje celebre şi au desfăşurat o anchetă pe mai multe mii de persoane. Ei au constatat că numeroasele trăsături de personalitate depindeau de un anumit număr de "factori": emotivitatea, activitatea şi rezonanţa. Ulterior, în Franţa, Le Senne a preluat şi a dezvoltat această tipologie. Tipologia are în vedere următorii factori: *emotivitatea* – este sensibilitatea la evenimente externe sau interne, unele chiar banale, exprimată prin emoţii; *activitatea* – în sensul caracterologic al termenului, desemnează dispoziţia de a acţiona, uşurinţa de a trece de la idee la acţiune; r*ezonanţa* – este

repercusiunea unui eveniment asupra psihicului unui individ. Efectul unui eveniment produs asupra unei persoane poate fi "primar", atunci când reacţia acesteia este imediată şi poate fi "secundar", atunci când reacţia acesteia este tardivă şi elaborată.

Cei trei "factori" în câte două variante (emotiv şi non-emotiv, activ şi non-activ, primar şi secundar) alcătuiesc chiar tipurile propuse de aceşti autori:

- *tipul nervos*: de o dispoziţie variabilă, vor să uimească şi să atragă asupra lor atenţia celorlalţi; sunt indiferenţi la obiectivitate, au nevoie să înfrumuseţeze realitatea mergând de la minciună până la ficţiune, sunt orientaţi spre bizar, macabru, "negativ"; muncesc în ritm inegal şi după bunul lor plac;
- *tipul sentimental*: meditativi, introverţi, adesea melancolici si nemulţumiţi de sine, sunt ambiţioşii care rămân la stadiul aspiraţiei; sunt timizi, vulnerabili, scrupuloşi, orientaţi către trecut; stângaci, intră greu în relaţie cu ceilalţi şi se resemnează dinainte în faţa greutăţilor;
- *tipul pasionat*: îşi concentrează activitatea asupra unui scop unic; au o tensiune extremă a întregii personalităţi; sunt cei care se realizează; sunt dominatori, făcuţi sa comande, buni vorbitori, onorabili; când e nevoie ştiu să-şi domine şi să-şi folosească violenţa;
- *tipul coleric*: plini de vitalitate şi exuberanţă, sunt generoşi, cordiali, optimişti, dar şi lipsiţi de simţul măsurii; au o activitate febrilă, intensă, multiplă; sunt buni oratori;
- *tipul sangvinic*: extravertiţi, fac observaţii exacte, au simt practic, ştiu să manipuleze oameni, sunt optimişti, sunt plini de iniţiativă – dar pun prea mare preţ pe experienţă;
- *tipul flegmatic*: oameni ai obişnuinţelor, care respectă principiile, sunt punctuali, obiectivi, demni de încredere, ponderaţi; echilibraţi, răbdători, lipsiţi de orice afectare, cu un simţ civic pronunţat, par în general impasibili – deşi adesea au un simţ al umorului foarte dezvoltat.
- *tipul amorf*: disponibili, conciliaţi, toleranţi prin indiferenţă, sunt uneori foarte încăpăţânaţi şi tenace; sunt neglijenţi, înclinaţi la lene, nepunctuali, indiferenţi faţă de trecut şi viitor;
- *tipul apatic*: închişi în ei, secretoşi, introspectivi, sumbri, taciturni, râd rar; sunt conservatori, sclavi ai obişnuinţelor, ranchiunoşi – greu de reconciliat; le place singurătatea; iubesc liniştea şi în general sunt oneşti, sinceri, onorabili.

Este caracteristic pentru această tipologie exemplificarea cu personalităţi celebre şi descrierea unor tendinţe sau predispoziţii morbide – pentru fiecare tip în parte.

Tipologia lui Schneider

Psihiatru german, Kurt Schneider a publicat în 1923 o lucrare despre personalităţile denumite de el "psihopatice", elaborând o tipologie clinică a cărei valabilitate practică este recunoscută şi în prezent. Tipologiile descrise de Schneider sunt caracterizate de însuşi autorul lor ca fiind "personalităţi care suferă datorită anormalităţilor structurale sau care, prin anormalitatea lor, fac societatea să sufere". Tipurile descrise sunt:

Tipul hipertimic – denumit şi hipomaniacal – se caracterizează prin bună dispoziţie permanentă, incorigibilă prin experienţe triste, nepăsare, superficialitate, inconstanţă, excesivă siguranţă de sine;

Tipul depresiv – la polul opus hipertimicului – dar mai puţin unitar decât acesta, ascuns sub "măşti" variate, se caracterizează, în principiu, prin dispoziţie de fond tristă, pesimism, scepticism, incapacitate de a recepţiona evenimentele pozitive, plăcute, fericite, cu "apetenţă" aproape exclusiv pentru evenimentele penibile;

Tipul anankast – denumit şi obsesiv-compulsiv, se caracterizează prin nelinişte şi nesiguranţă permanente, comportament excesiv – anticipativ şi obsesivitate marcată;

Tipul fanatic – cunoscut şi sub numele de tip paranoiac, se caracterizează fundamental prin supraevaluare şi idei prevalente în scopul apărării unor principii. Tipul paranoiac este bine descris prin triada: rigiditate psihică, Eu hipertrofiat, paralogism;

Tipul megaloman – sugestiv descris prin sintagma "pare mai mult decât este" – se caracterizează prin excentricitate, orgoliu excesiv, lăudăroşenie, mitomanie;

Tipul instabil - se caracterizează, în principal, prin marea instabilitate a dispoziţiei, labilitate comportamentală, cu asocierea frecventă a unor conduite antisociale;

Tipul exploziv - caracterizat printr-un model de reacţie "de scurtcircuit", primitiv, violent, disproporţionat faţă de intensitatea stimulului;

Tipul apatic – recunoscut ca fiind lipsit de milă, onoare, de conştiinţă morală, brutal în comportament, incapabil de regret;

Tipul abulic – caracterizat prin lipsa voinţei, uşor de influenţat din exterior, mai ales de factori negativi, incapabili de a avea o opţiune şi o conduită proprie;

Tipul astenic – caracterizat printr-o constituţie fizică şi psihică "slabă", prin fatigabilitate permanentă şi inexplicabilă, nesiguranţă, incertitudine.

Originea teoriilor personalităţii datorează extrem de mult medicinii, cercetătorilor practicii medicale. Pornind de la constatarea etern valabilă a lui Hipocrate, potrivit căreia "nu există boli ci numai bolnavi", s-a conturat treptat concluzia că pentru prescrierea şi administrarea unui remediu eficient, nu e suficientă numai definirea bolii ci şi înţelegerea persoanei bolnave, în trăsăturile ei cele mai caracteristice – care îşi pun inevitabil amprenta pe configuraţia şi evoluţia bolii.

Din perspectivă strict medicală, tipologizarea poate aduce informaţii suplimentare legate de vulnerabilitate, corelaţii intraindividuale, particularităţi metabolice, dinamica relaţiilor cu mediul, funcţionalitate şi disfuncţionalitate în structura persoanei atunci când, prin profesionalism şi competenţă, medicul sesizează pentru fiecare subiect în parte, unicitatea, singularitatea, individualitatea, dincolo de oricare caracteristici comune cu un tip sau altul (V. Vlădut, G. Paşca).

Procesul de formare a personalităţii depinde în mare măsură de condiţiile de educaţie şi instrucţie (prin intermediul familiei şi şcolii), precum şi de condiţiile culturale ale mediului în care se dezvoltă.

Fiecare etapă de dezvoltare este caracterizată prin evenimente şi crize pe care copilul şi, mai târziu, adolescentul trebuie să le parcurgă şi să le soluţioneze împreună cu familia sa. De aceea este necesar ca intervenţia părinţilor să fie echilibrată, unitară, convergentă, perfect modulată între permisivitate şi severitate.

În esenţă, mecanismele patogenice derivate din viaţa familială pot fi:

- carenţa afectivă şi dezechilibrul permanent al familiei;

- "modele comportamentale" parentale alterate, tulburări de personalitate sau chiar afectarea stării de sănătate mintală a părinţilor;
- atitudini educative extreme, excesiv permisive sau dimpotrivă, rigide, cu accentuarea sistemului punitiv (maltratarea copilului). Atitudinile educative neadaptate particularităţilor temperamentale ale copilului pot fi, de asemenea, nocive; conflictele familiale, cu probleme existenţiale: sărăcie, rivalitate între soţi, alcoolism cronic, părinţi divorţaţi etc. (V. Vladuţă, G. Paşca).

Sistemul de motivaţii şi valori se consolidează în şcoală într-o manieră complementară educaţiei intrafamiliale.

Nuanţarea metodelor de formare a unor atitudini sănătoase se face în funcţie de etapele de dezvoltare (jocul – în perioada preşcolară, dezvoltarea sentimentului propriei identităţi – la pubertate şi adolescenţă – pentru a preîntâmpina "crizele de identitate", dezvoltarea unui sentiment bine definit al moralităţii prin care superego-ul devine capabil să se schimbe şi să se adapteze la situaţii noi de viaţă).

În dezvoltarea personalităţii – un rol important îl ocupă influenţa culturii mediului din care provine individul. Se consideră că personalitatea modală este personalitatea tipică pentru cultura unei populaţii delimitate şi că o personalitate normală este cea care se apropie cel mai mult de personalitatea modală a acelei culturi. Deşi trăsăturile bazale ale personalităţii au un caracter universal, diferenţele transculturale duc la modificări consistente ale acestora.

Concluzii

Personalitatea reprezintă o structură, un sistem de trăsături generale şi relativ stabile care definesc un anumit individ, făcându-l să se deosebească de ceilalţi.

La formarea personalităţii contribuie o diversitate de factori: ereditatea; educaţia, cultura etc. Complexitatea personalităţii determină necesitatea participării mai multor discipline la studierea ei: biologice, psihologice, sociale, culturale.

Cercetările oferă o serie de răspunsuri cu privire la natura, dezvoltarea personalităţii, ipotezele care stau la baza fiecăreia dintre ele, oferind în acelaşi timp o anumită notă specifică. Majoritatea teoriilor au încercat să descrie personalitatea ca un întreg şi să formuleze predicţii asupra comportamentului persoanelor. Teoriile unidimensionale se concentrează asupra rolului jucat de un anumit aspect al personalităţii în modelarea comportamentului. Mulţi dintre psihologii contemporani preferă o orientare eclectică, respectiv combinarea de elemente provenind din diferite moduri de abordare, în scopul obţinerii unei viziuni integratoare proprii sau pentru a ajuta la rezolvarea unor probleme practice.

În accepţiunea clasică personalitatea este alcătuită din trei componente structurale: temperamentul (latura dinamico-energetică a personalităţii); aptitudinile (sistemul instrumental-operaţional); caracterul (sistemul de atitudini şi trăsături volitive).

Pentru a sprijini înţelegerea şi cuprinderea unei mari diversităţi de fenomene specifice psihicului, acestea au fost grupate după anumite însuşiri asemănătoare în tipuri de personalitate. Valoarea tipologiei are un caracter orientativ. Tipul nu reprezintă un "prototip" al umanităţii, nu este un model exemplar. O anumită tipologie nu presupune o ierarhizare a tipurilor. Un individ poate fi caracterizat, în acelaşi timp, din perspectiva mai multor tipologii.

??? **Tulburări ale personalităţii**